

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA

Título

**DESCENTRALIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE:
UMA CRÍTICA DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO
DAS AIS E DO SUDS EM CRICIÚMA NA GESTÃO HÜLSE (83-88)**

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da Universidade Federal e Santa Catarina, para obtenção do grau de mestre em Sociologia, sob orientação do Prof. Dr. Paulo Freire Vieira.

Florianópolis, SC
Dezembro - 1992.

HELIETE ROCHA DOS SANTOS RUVER

**DESCENTRALIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE:
UMA CRÍTICA DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO
DAS AIS E DO SUDS EM CRICIÚMA NA GESTÃO HÜLSE (83-88)**

Florianópolis, SC

Dezembro - 1992

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA


Esta dissertação foi julgada e aprovada em sua forma final
pelo orientador e membros da Banca Examinadora, composta
pelos professores:



Prof. Dr. Paulo Henrique Freire Vieira



Profª Maria Tereza Leopardi da Rosa



Profª Clair Castilhos Coelho

Ao Movimento Sanitário

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é resultado não apenas de um esforço pessoal, mas de contribuições de pessoas e instituições que direta ou indiretamente ajudaram. Por esta razão, gostaria de agradecer o apoio financeiro da CAPES, sem o qual este estudo não teria se realizado, bem como, à Universidade Federal de Santa Catarina e aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política pela atenção dispensada.

Ao professor orientador, Dr. Paulo Freire Vieira, pelo aprendizado proporcionado durante todo o curso e por suas importantes sugestões no processo de pesquisa e elaboração deste trabalho.

Às professoras Maria Tereza Leopardi da Rosa e Clair Castilhos Coelho, integrantes da banca examinadora, pelas críticas e sugestões apresentadas.

A todos os colegas de curso, pelos momentos estimulantes de reflexão sobre este e outros temas. Especialmente à Márcia Grisotti pela relação de cooperação que pudemos estabelecer durante este período.

A todos que colaboraram comigo durante a pesquisa de campo, no fornecimento de materiais, entrevistas e outros. Especialmente à Terezinha Nunes, ex-técnica da SSBES, ao Ademir Milo Motta da Silva, à Cristina e João Paulo Teixeira, pela atenção dedicada.

Aos colegas Antônio Luiz Miranda e Lídia Luz Miranda, pela amizade, carinho e incentivo.

A Chila Luz Miranda pela descontração proporcionada.

A Orasil Coelho Pina e Rosalie Kupka Knoll, pela disponibilidade no fornecimento de documentos e informações.

A Luiz Gonzaga Gonçalves e Rosemar Antunes, pelos

três meses de hospedagem, durante a pesquisa de campo.

Ao meu companheiro, Paulo Guilherme Ruver, pela compreensão e digitação dos trabalhos escritos durante o curso e desta dissertação.

Enfim, a todos os amigos, vizinhos e parentes que de forma direta ou indireta me estimularam para que este estudo fosse realizado.

RESUMO

O presente estudo objetiva avaliar a experiência de implementação de um novo sistema de saúde em Criciúma, no contexto das AIS e do SUDS durante a gestão Hülse (83-88), tendo como preocupação central a identificação de contribuições, limites e contradições no que se refere ao aspecto da participação em políticas de saúde, identificada com a perspectiva da Reforma Sanitária. Para tanto, são avaliadas as políticas de saúde no âmbito da qualidade de vida, cuja concretização estava sob responsabilidade da prefeitura, considerando que trouxeram inovações, mas mostram-se limitadas por estarem baseadas num padrão remedial e não conseguirem adotar de forma efetiva políticas integradas e participativas. O aspecto da participação é adotado, principalmente pela Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social do Município, que contribui para a organização comunitária, porém, baseia-se numa visão instrumental de participação. A crítica formulada considera que esta visão precisa ser ultrapassada. Apontando para a necessidade de estar baseada na auto-confiança e na organização da sociedade civil. Deste modo, a participação precisa assumir um caráter substantivo, democrático, convivencial e emancipatório.

SUMMARY

The present studying aims to evaluate the implementation experience of a new system of health in Criciúma, at the context of Integrated Health Acts an Unified and Decentralized System of Health during Hülse manegement (83-88), aiming like central care, the contribution identification, limits and contradictions, in health politcs participation, identified with sanitary refomation perspective. In order to, the halth politcs are evaluated in life quality, whose realization was a prefecture responsibility, forasmuch as they brought innovations, but appered as limited, because They are based on remedial model and the incapacity to adopt, with effective performance, informed and integrated politcs. The participation aspects are adopt, mainly by Health Bureau and Social Welfare municipality, that contributes for the communitarian organization, but, in a instrumental vision of participation are based on.

The formulated critique regard that this vision need be exceed. To pointing the necessity to be based on civil society's self-trust and organization.

By this way, the participation needs to become a concrete, democratic, socialbly and emancipater.

SUMÁRIO

	pág.
Introdução.....	1
Capítulo 1 - Ação Governamental no Setor Saúde.....	9
1.1 - Políticas Sociais.....	9
1.2 - Políticas de Saúde.....	12
1.2.1 - Alternativas ao Modelo Dominante.....	14
1.2.2 - O Modelo SUS: Conceitos Fundamentais.....	17
a) Universalização.....	18
b) Regionalização e Hierarquização.....	19
c) Integração.....	21
d) Descentralização.....	22
e) Participação.....	24
1.3 - Saúde e Meio-Ambiente em Países em Desenvolvimento.....	27
1.4 - Saúde: Uma Proposta Ecodesenvolvimentista.....	28
Síntese.....	31
Capítulo 2 - As Políticas de Saúde em Criciúma, na Gestão Hülse (83-88).....	33
2.1 - Caracterização da Administração.....	34
2.2 - Políticas de Saúde.....	40
2.2.1 - Qualidade de Vida.....	40
2.2.2 - Habitação.....	46
2.3 - Implantação de um Novo Sistema de Saúde no Município de Criciúma.....	50
Síntese.....	63
Capítulo 3 - Sistema Único de Saúde: Participação e Descentralização.....	65
3.1 - Democratização e Descentralização dos Serviços de Saúde.....	65

3.1.1 - Municipalização.....	70
3.2 - Descentralização dos Serviços de Saúde no Município de Criciúma.....	74
3.2.1 - A Participação no Contexto da Implantação das AIS e do SUDS em Criciúma: Contribuições, Limites e Contradições.....	79
a) Contribuições.....	79
b) Limites e Contradições.....	83
Síntese.....	88
 Capítulo 4 - Conclusões.....	 90
 Referências Bibliográficas.....	 105
Lista de Siglas.....	117
Anexos.....	119

INTRODUÇÃO

Este trabalho situado no contexto de uma série de estudos referentes à implementação de "novas políticas de saúde" no Brasil durante a década de 80, focaliza a problemática da descentralização e participação nas políticas de saúde, a partir de uma reconstituição da experiência de implantação das AIS e do SUDS em Criciúma, no período 83-88.

As políticas de saúde são analisadas no contexto do regime autoritário, registrando, no período pós-64, o desenvolvimento de políticas convencionais caracterizadas pela privatização, clientelismo e autoritarismo, bem como, a emergência de alternativas ao modelo dominante no final dos anos 70 e durante a década de 80. Deste modo, tivemos a organização do saber, pesquisa e debate por ocasião das várias conferências nacionais e internacionais de saúde e o desenvolvimento de programas e ações neste setor, que culminaram nas Ações Integradas de Saúde - AIS (1984) e no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS (1987). Este, como síntese das alternativas anteriores, torna-se uma proposta de mudança para o setor.

O SUDS, enquanto alternativa ao modelo dominante baseou-se nos princípios de descentralização, hierarquização e regionalização, integração e unificação dos serviços; participação e universalização, entendendo a saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

Considerando-se que o processo de formulação e implantação destas novas políticas de saúde no Brasil implicam mudanças estruturais no setor, surge a necessidade de estudos diagnósticos que esclareçam como estas políticas têm sido implantadas nos diversos municípios e regiões do país, particularmente no que se refere ao aspecto da descentralização e participação.

No contexto da implementação das AIS e do SUDS, o município de Criciúma, escolhido como unidade de análise, procurou adotar um novo sistema de saúde no período 83-88, constituindo-se numa experiência destacada no Estado de SC.

Na análise deste caso a preocupação maior reside na identificação das contribuições, limites e contradições de uma experiência participativa, desenvolvida no âmbito de uma perspectiva de Reforma Sanitária. Para tanto, as políticas de saúde, não são avaliadas apenas em sentido estrito, mas também no âmbito da qualidade de vida, buscando identificar pontos de interseção entre saúde, meio-ambiente e desenvolvimento e as preocupações levantadas por autores vinculadas ao enfoque de ecodesenvolvimento.

A avaliação desta experiência de políticas de saúde participativas fundamenta-se principalmente na crítica a uma visão intrumental de participação entendida como não substantiva no que se refere às suas intenções, mas como instrumento de interesses políticos, setoriais e/ou pessoais.

A necessidade de se pesquisar os problemas acima referidos justifica-se pelo fato de que as ações governamentais no setor saúde durante a década de 80 priorizaram o estabelecimento de alternativas ao modelo dominante que precisam ser analisadas na concretização do Sistema Único de Saúde, para termos parâmetros de avaliação das dificuldades encontradas nas tentativas de adoção de políticas participativas.

Teoricamente este estudo é justificado por constituir-se numa aplicação de teorias político-organizacionais no contexto de uma crise sanitária e ambiental, contribuindo para a compreensão das condições em que são desenvolvidas e com as quais estão relacionadas, auxiliando novas formulações com base na avaliação de situações experienciadas.

O primeiro capítulo apresenta uma visão geral do desenvolvimento das políticas de saúde a partir dos anos 60 até a instituição do Sistema Único de Saúde enquanto estratégia para a Reforma Sanitária no Brasil. Contextualiza, ainda, a relação entre saúde, meio-ambiente e desenvolvimento, nos países do terceiro mundo considerando as preocupações apresentadas pelo enfoque de ecodesenvolvimento.

O segundo capítulo apresenta a experiência de implementação de novas políticas de saúde no município de Criciúma durante o período 83-88, concebendo-as não apenas em sentido estrito, mas também em sentido amplo por entender que as alternativas emergentes ao modelo dominante de saúde, para serem coerentes com um projeto de reforma sanitária, implicam em ultrapassar o limite da instalação de rede básica de serviços de saúde integrada à SES e ao MS, alcançando as ações de saneamento, meio-ambiente e habitação.

No terceiro capítulo, avaliamos a experiência sob o aspecto da participação e descentralização das políticas, considerando as contribuições trazidas pelo processo de descentralização e municipalização dos serviços de saúde, que ao aproximar a população da rede básica, propicia a participação. Esta, é avaliada em termos de suas contribuições, limites e contradições.

No capítulo quatro, são apresentadas as conclusões do presente estudo. Para tanto, de acordo com as finalidades propostas buscamos avaliar a participação, a partir de suas contradições e limites com base numa crítica da visão instrumental. Desse modo, a participação é entendida como conquista, não como dádiva, por isso, deve estar centrada nos próprios interessados, a fim de fortalecer a cidadania através da autopromoção e impedir que as necessidades históricas substituam o homem como portador da razão, através de uma perspectiva utilitarista. Assim,

podemos contribuir para que a participação seja entendida de forma substantiva e emancipatória.

Além disso avaliamos as contradições e limites da política de saúde, no sentido da qualidade de vida, procurando relacionar saúde, meio-ambiente e desenvolvimento a partir de uma visão participativa e integrada das políticas contextualizadas no âmbito de importantes preocupações do enfoque de ecodesenvolvimento.

METODOLOGIA

A escolha do tema Descentralização e Participação nas Políticas de Saúde: Crítica do Processo de Implementação das AIS e do SUDS em Criciúma na Gestão Hülse (83-88), está relacionada a necessidade de termos parâmetros de avaliação de tais aspectos na concretização destas políticas. Deste modo, buscamos perceber em que medida, o poder municipal, no processo de implantação de novas políticas de saúde, conseguiu organizar políticas de saúde descentralizadas e participativas, no contexto de um projeto de reforma sanitária. Para tanto formulamos a seguinte problemática: que contribuições e limites a adoção destas políticas trouxeram no que se fere aos aspectos da descentralização e participação? Quais foram as inovações e limites trazidas pela política de saúde no âmbito da qualidade de vida?

Com base nesta problemática, os objetivos que orientaram esta pesquisa foram:

- Identificar contribuições, limites e contradições referentes ao aspecto da participação na implantação de políticas de saúde descentralizadas;

- Verificar em que medida foram implantadas ações

referentes à política de saúde - no sentido da qualidade de vida, de acordo com o projeto do SUDS e da Reforma Sanitária.

Segundo a problemática formulada, levantamos as seguintes hipóteses:

- A Prefeitura Municipal de Criciúma, não incorporou de forma efetiva os fatores sanitário-ambientais e sociais no âmbito das políticas de saúde;

- A Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social no município de Criciúma durante o período 83-88 adotou uma visão instrumental de participação.

- A Prefeitura Municipal de Criciúma, não incorporou de forma efetiva os fatores sanitário-ambientais e sociais no âmbito das políticas de saúde.

Com base nestas hipóteses partimos para a coleta de dados. O material utilizado para realização da coleta de dados origina-se de **fontes primárias e secundárias**, bem como, de **amostragem selecionada**. Das fontes primárias foram utilizados documentos oriundos de arquivos públicos e particulares, contendo documentos oficiais, relatórios e depoimentos. Através destes foi possível levantar informações referentes à experiência estudada, os projetos implantados, as estratégias, os objetivos e o conteúdo do trabalho realizado, procurando obter elementos que contribuíssem para responder à problemática formulada.

As fontes secundárias forneceram dados estatísticos que contribuíram na caracterização do processo de estruturação dos serviços de saúde, sua organização, crescimento e consolidação. Também foi realizado um levantamento bibliográfico possibilitando definir a problemática em estudo.

A amostragem selecionada foi realizada através de entrevistas abertas. Os entrevistados foram classificados em quatro segmentos: técnicos da Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social; representantes da sociedade civil;

funcionários e secretários da PMC. O primeiro segmento designa os profissionais de nível superior, como médicos, enfermeiros, assistentes sociais e odontólogos. O segundo, as lideranças comunitárias e sindicais que acompanharam o desenrolar da experiência participando da mesma ou não. O terceiro é formado por pessoas que trabalham na SSBES e na PMC. O último segmento abrange apenas os secretários vinculados à PMC. Cada setor contou com oito entrevistas. Além destes, foram entrevistadas personalidades importantes do ponto de vista político-institucional, a exemplo do Secretário Estadual de Saúde, o Prefeito Municipal e o Superintendente Regional do INAMPS, todos com exercício no período analisado.

A organização das entrevistas procurou levar em consideração o nível de informação que os diferentes grupos detinham para responder os questionamentos.

A pesquisa de campo teve duração de três meses (março a maio/91), período em que residi em Criciúma. As primeiras entrevistas aconteceram em Florianópolis com pessoas importantes para a experiência realizada, fornecendo-me um quadro da situação local com pistas para a realização das demais.

Em Criciúma, os primeiros entrevistados foram pessoas-chaves para o trabalho realizado, orientando a concentração do primeiro grupo de entrevistados no Centro de Saúde do Trabalhador - CESAT -, local em que naquele momento trabalhavam antigos profissionais e funcionários da Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social do Município de Criciúma.

Os demais grupos de entrevistados encontravam-se dispersos por todo o município, implicando em longo percurso para encontrá-los.

Buscando juntar elementos para uma avaliação da implementação das políticas de saúde - no âmbito da qualidade -, entendida como ações no setor saneamento, meio-

-ambiente, habitação, no plano das entrevistas, procuramos resgatar as diversas opiniões presentes nos segmentos selecionados. Estas foram classificadas em duas visões básicas: as que entendem os limites da administração como central e as que entendem as contribuições como centro de avaliação. Estas visões básicas eram expressas pelos entrevistados, mas não são utilizadas no sentido de contrapô-las e sim de aproveitá-las para perceber com mais clareza os dois aspectos: limites e contribuições e/ou inovações da administração referente às políticas de saúde no âmbito da qualidade de vida.

Procurando identificar que tipo de avaliação era predominante em cada segmento entrevistado foram elaboradas tabelas que mostram em termos percentuais o centro de avaliação de cada segmento.

Entendendo que avaliar os limites fertiliza a organização de alternativas, buscamos analisá-los com base em autores que procuram desenvolver um visão de políticas públicas participativas e integradas (Bittar), bem como, as contextualizam com base na prospecção de alternativas ao atual modelo de desenvolvimento, a exemplo de Sachs, Silva e outros.

O aspecto participação é situado no contexto da descentralização das políticas de saúde. Para tanto, são apresentados os principais tipos de municipalização desenvolvidos, na década de 80, procurando identificá-los ou não com a experiência em estudo.

Na análise da participação são identificadas contribuições que a experiência de Criciúma trouxe a nível da adoção de políticas de saúde participativas, bem como, seus limites e contradições a partir dos diversos segmentos entrevistados, mas principalmente dos técnicos da Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social - SSBES, do município e dos representantes da sociedade civil, por demonstrarem ter mais informações sobre a questão.

Desta forma, consideramos as informações coletadas, principalmente nestes dois segmentos, juntando os diferentes elementos fornecidos pelas entrevistas, sem destacar o centro de avaliação em cada segmento conforme feito anteriormente. O material coletado foi analisado a partir de uma crítica à visão instrumental de participação, bem como apontando para a necessidade de sua superação, baseado na auto-confiança (Sachs) e na organização da sociedade civil, assumindo características substantivas e emancipatórias (Silva, 1992).

Capítulo 1

AÇÃO GOVERNAMENTAL NO SETOR SAÚDE

A historiografia das políticas de saúde no Brasil registra no período pós-64, por um lado, o desenvolvimento de políticas convencionais caracterizadas pelo autoritarismo, fragmentação, privatização, clientelismo e baixo índice de cobertura nos serviços de saúde. Por outro lado, registra a emergência de alternativas ao modelo dominante no final dos anos 70, baseadas na democratização, descentralização e universalização dos serviços. Este capítulo objetiva situar este quadro, caracterizando o modelo dominante e as alternativas que culminaram no modelo SUS, de forma a contextualizar a relação entre saúde, meio-ambiente e desenvolvimento.

1.1 - POLÍTICAS SOCIAIS (1)

Na conjuntura pós-64 as políticas sociais no Brasil eram subordinadas à ótica da rentabilidade, reproduzindo

(1) A organização deste capítulo foi inspirada na Dissertação de Vera Cardoso, intitulada "Política Pública: O Caso do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) na Perspectiva dos Dirigentes do Setor Saúde em Florianópolis/SC". UFSC, 1990.

uma perspectiva imediatista e muito dependente dos indicadores monetários (Jacobi, 1985). Apesar do II PND reconhecer que as políticas sociais são tão importantes quanto a política econômica, tal consenso governamental ficou apenas no plano abstrato, aprofundando as desigualdades sociais no país. Desta forma, houve um esvaziamento das políticas sociais devido a duas razões fundamentais: a) A política social brasileira foi concebida mais como ação defensiva do Estado no sentido de aplacar as tensões sociais do que propriamente como mecanismo de distribuição de renda (Luz, 1986); b) O Estado tomou como responsabilidade exclusivamente sua a criação e coordenação da política social, impedindo a participação da população na escolha, definição e controle de programas sociais adequados às suas necessidades (Pereira, 1981). A identificação destas necessidades foi seguida pela constatação da incapacidade de atendê-las com as instituições públicas existentes, pois, a falta de prioridade para com as políticas sociais resultou em muitos problemas no planejamento governamental. Neste sentido, o aparelho executor das políticas sociais é caracterizado como:

"a) inadequado, face às demandas existentes; b) ineficaz em suas ações; c) centralizado e autoritário; d) fragmentado e sem coordenação; e) insuficiente quanto aos recursos a ele alocados; f) disperso quanto às fontes de dotação de recursos financeiros; g) concentrador de renda; h) concentrado em termos de localização dos serviços; i) de baixa produtividade; j) clientelista; k) de baixa qualidade quanto aos recursos humanos; l) carente de planos de carreira e programas de desenvolvimento de recursos humanos; m) pagador de péssimos salários; n) burocratizado; o) gerencialmente incapaz; p) vulnerável aos ciclos recessivos; q) privatizado e mercantilizado; r) com baixo índice de cobertura; s) discriminador quanto à clientela e paternalista, etc" (Fleury, 1987, 4).

Na década de 70, principalmente a partir de 74, houve maiores perspectivas de institucionalização e di-

mentação da política social com o seu aperfeiçoamento através de mecanismos de impacto programático como: criação do FAS, PRONAM, PIASS, SINE, SFH, BNH e outros. Apesar disto o seu conteúdo e estilo no fundamental não se diferenciaram dos planos anteriores, pois, permaneceu a ênfase no planejamento estatal centralizado e na sua racionalidade.

"Com a emergência da crise de legitimidade do regime somada a uma maior visibilidade do fracasso do 'milagre econômico' refletido no aumento tanto dos índices de mortalidade e morbidade, quanto das reivindicações sociais, as políticas públicas procuram maior efetividade na resolução da questão social" (Jacobi, 1985).

Isto acontece tendo o Estado, a assistência aos carentes como face das políticas destinadas a enfrentar a questão social. A assistência, enquanto uma das características da ação do Estado no Brasil é um mecanismo que pode significar, ao mesmo tempo, "exclusão e inclusão aos bens e serviços prestados direta ou indiretamente pelo Estado" (Falcão, 1985).

Durante a transição, as políticas sociais são fundamentais para a questão da democracia, tornando-se mais importante quanto maior for o contingente populacional desprovido de condições básicas para exercer sua cidadania (O'Donnell, 1987). Na Nova República, as políticas sociais emergem como problema, reivindicação e luta, entrando nos programas governamentais através dos comícios, quando os movimentos sociais não reivindicavam tutela, mas cidadania. Isto foi importante para que as políticas sociais não mudassem apenas seus conteúdos, mas também passassem a considerar a necessidade de transformar o beneficiário em sujeito, contribuindo para o processo de construção da cidadania (O'Donnell, 1987). Apesar da alocação de novos recursos para programas sociais ter sido baixa e insuficiente, houve melhoras no planejamento de políticas, que podem ser constatadas na área de saúde, a exemplo da tentativa de implantação das Ações

Integradas de Saúde e do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde).

1.2 - POLÍTICAS DE SAÚDE

As mudanças que são aos poucos realizadas nas políticas sociais, se expressam, na área da saúde, principalmente, a partir do período 68-74, quando são emitidas as normas mais importantes para a mudança institucional que ocorre no saber e prática médica. Neste período há uma expansão das instituições médicas, a "vida social é medicalizada", ocorrendo uma reorganização institucional com medidas racionalizadoras. As instituições estatais de saúde adotam políticas que refletem as consequências de um modelo de desenvolvimento unidimensional, pois, o setor de saúde estatal implanta em 1968 um discurso hegemônico com base numa nova racionalidade que possui as seguintes características: 1) Integração do discurso médico ao desenvolvimento econômico; 2) Centralização dos órgãos e instituições de saúde através do processo de unificação progressiva em departamentos ou secretarias; 3) Controle do poder decisório e dos recursos institucionais por órgãos técnicos centralizados estrategicamente; 4) Generalização da medicina como fator estratégico na luta de classes (Luz, 1986). Neste sentido, houve no final dos anos 60 e início dos anos 70 uma reorientação para o sistema de saúde no Brasil onde a prática médica curativo-individual sofisticada foi privilegiada, em detrimento de medidas de saúde pública que possuem caráter preventivo. As políticas governamentais enfatizavam o tratamento médico hospitalar com medicamentos modernos e infraestrutura hospitalar sofisticada e centralizada. A maioria

dos recursos previdenciários eram alocados para compra de serviços de setores privados. Dessa forma, a interferência do Estado na Previdência Social se dava através de sua atuação como

"...regulador de mercado de produção e consumo dos serviços de saúde e como resposta a pressões dos consumidores, dos técnicos e dos empresários, tendia a desenvolver um padrão de organização da prática médica orientada em termos de lucratividade do setor saúde propiciando a capitalização da medicina e privilegiamento do produtor privado destes serviços" (Fleury, 1985, 44).

Para isto as indústrias farmacêuticas pressionam o Estado procurando conseguir através da medicalização de camadas mais amplas, a faixa de mercado consumidor de saúde.

"As críticas à intervenção do Estado no setor saúde fundamentam-se, ainda, na existência atual de um aparelho burocrático de sustentação dos programas de saúde pública, mobilizando grandes volumes de recursos com um baixo grau de resolução dos problemas de saúde da população" (Cardoso, 1990, 16).

Os debates e as ações governamentais atualmente mostram perspectivas de redução do setor público de saúde através da privatização de suas atividades. Um dos argumentos utilizados diz respeito à retenção de recursos humanos e financeiros que poderiam produzir mais se estivessem sob o controle do setor privado. Tal argumento é reforçado pela "pouca disponibilidade", mau uso de recursos e pela necessidade de melhorias nas finanças governamentais, através da venda de bens públicos e diferentes formas de repasse de verbas (Cardoso, 1990). Neste contexto, o setor privado e o setor público entram em conflito durante o processo de implantação das AIS (Ações Integradas de Saúde) e do SUDS. O setor privado resiste à extensão de serviços públicos, por representar uma diminuição na demanda de serviços por ele oferecidos. Da mesma forma, promove a privatização de instituições públicas quando isto significa ganhos econômicos imediatos.

No setor saúde, as contradições entre o público e o privado ganham importância, principalmente, durante a tentativa de implantação de programas e alternativas à política de saúde dominante, que resultou no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, durante o governo da Nova República.

1.2.1 - ALTERNATIVAS AO MODELO DOMINANTE

A Conferência Internacional de Saúde, realizada em Alma-Ata (1978), foi um importante marco para as políticas de saúde por evidenciar que

"...o cuidado primário constitui o meio para se alcançar em todo mundo, num futuro previsível, um nível de saúde aceitável, que faça parte do desenvolvimento social e se inspire num espírito de justiça..." (Pessini, 1991, 94).

Esta modalidade de assistência foi considerada válida para todos os países do mundo e premente para os países em desenvolvimento.

No Brasil as Conferências Nacionais de Saúde já levantavam a necessidade de um Sistema de Saúde, porém, em 79 o CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - apresentou o documento "A questão democrática na área da saúde", onde propunha a criação do Sistema Único de Saúde (Pessini, 1991).

A VIIª CNS (1980) continua na formulação de alternativas, colocando novas exigências. Seu tema central era a implantação de uma rede de serviços básicos de saúde, o PREV-Saúde. Este, por sua vez, expressa uma posição consciente para a efetiva implantação do Sistema Nacional de Saúde, propondo sua reestruturação com o objetivo de fazer a cobertura de cuidados primários para a grande maioria da população.

Com a crise da Previdência Social, em setembro de 1981 foi criado o CONASP - Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária. Este, em 1982, elabora um plano de reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social propondo a ampliação da perspectiva apontada pelo PREV-Saúde através de: melhoria da qualidade da assistência à saúde; universalização do atendimento; descentralização do planejamento e da execução; regionalização do sistema de saúde; hierarquização dos serviços públicos e privados, dentro de um sistema de complexidade crescente (SES-SC, 1986).

O CONASP cria a "porta de entrada" única ao Sistema de Assistência e permite à rede privada entrar apenas onde não há unidades estatais. Este programa representa uma inovação nas políticas racionalizadoras da organização da Assistência Médica da Previdência Social. Fortalecendo esta proposta, ainda em 1983, foi implantado o Programa de Ações Integradas de Saúde - PAIS -, em 15 unidades da Federação, inclusive SC. Este é transformado nas AIS em 1984 (Knoll, 1987).

O Plano CONASP tem em seu arcabouço a estratégia das AIS, que em 1988 tem a adesão de 2.500 municípios. Estes têm por objetivo encaminhar a regionalização e hierarquização através dos convênios trilaterais envolvendo o Ministério da Saúde, MPAS e as SES, resultando na sua implantação em quase todos os estados da Federação. Havia uma tentativa de atender a uma demanda de atenção médica que acaba por contribuir para a consolidação da divisão entre "atenção médica" e "saúde pública" (Knoll, 1987). A organização dos níveis de decisão das AIS, começa no plano local atingindo o âmbito nacional através das comissões interinstitucionais de saúde (CLIS, CIMS, CRIS, CIS, CIPLAN).

"A utilização das AIS como instrumento de racionalização ou de transferência e integração de recursos, mediante convênios entre instituições

públicas, necessita, segundo a ótica governamental, de uma reconceitualização de acordo com uma perspectiva qualitativa, a fim de que incorpore os princípios da reforma sanitária. É nesse sentido que as AIS ganham uma nova concepção, ao se caracterizarem como elemento mais significativo na proposta de criação do SUDS nos estados" (Cardoso, 1990).

Após a VIIIª CNS, realizada em março/86 com a participação de 5.000 pessoas, o Sistema Nacional de Saúde é reestruturado de forma a fortalecer o setor estatal nos seus diferentes níveis de organização. A proposta de criação do SUDS (atual SUS) fortalece a descentralização do poder político, econômico e administrativo nas esferas municipais e estaduais. Isto possibilita que as SES e as SMS passem a administrar suas redes de serviço próprias através das comissões interinstitucionais de saúde. A elaboração concreta da perspectiva SUDS ficou sob responsabilidade da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, instalada em setembro/86 com a incumbência de apresentar uma proposta de um novo sistema de saúde. Esta é aprovada pela Comissão em março/87, enquanto proposta do setor saúde para a Constituinte. O SUDS, instituído através de decreto em julho/87, traz transformações que pretendem não ser apenas administrativas, mas modificadoras "...da natureza e da qualidade dos serviços de saúde, tornando-os mais eficazes e igualitários" (Cardoso, 1990). Desta forma, o SUDS não representou a simples eliminação e/ou transferência de ação e atividades desenvolvidas por um órgão/instituição para outro. Significou, principalmente, o primeiro capítulo institucional da Reforma Sanitária, abrindo possibilidades de uma gestão descentralizada (Pessini, 1991).

Sua principal característica enquanto proposta é a "...reorganização dos serviços superando a administração convencional entre as instituições federais (INAMPS) e estaduais (SES), através do comando único. Desta forma, as SES passam a absorver na sua jurisdição, a estrutura operacional e administrativa do INAMPS, bem como seus recursos humanos" (SES-SC, 1986, 10).

Mesmo se propondo a unificar e descentralizar as ações de saúde através das diversas instituições do setor (INAMPS, SES, MS, INPS) como o estabelecimento de convênios para uma ação conjunta, não foi extinto o paralelismo de ações. O SUS unifica estas instituições numa estrutura única a nível federal (MS), estadual (SES) e municipal (SMS).

O SUDS e o SUS possuem os mesmos princípios básicos, correspondem a diferentes fases de implantação de um novo sistema de saúde, por isso, possuem diferenças em termos de operacionalização.

Ambos, em sua estrutura, prevêm o desenvolvimento de um processo de estadualização e municipalização dos serviços de saúde, dentro dos princípios de solidariedade, complementariedade e da necessária redistribuição de renda no país.

1.2.2 - SUS: CONCEITOS FUNDAMENTAIS

Definição de SUS - O SUS é definido pelas instituições públicas (MS) como uma nova formulação política e organizacional dos serviços e ações de saúde que interagem para um fim comum. O que o caracteriza como sistema único é o fato de possuir os mesmos princípios em todo o território nacional, sob responsabilidade das esferas: municipal, estadual e federal. O SUS não é um serviço ou instituição, mas um sistema de saúde, isto é, um conjunto de unidades, de serviços e ações que desenvolvem atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde (MS, 1990).

Seus principais conceitos constitutivos são: a) universalização; b) regionalização e hierarquização; c)

integração; d) descentralização; e e) participação.

A) UNIVERSALIZAÇÃO

Em termos conceituais a universalização segundo, os documentos oficiais, significa

"...garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. O indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como, àqueles contratados pelo poder público" (MS, 1991).

A saúde passa a ser um direito de cidadania e dever do governo municipal, estadual e federal. Esta perspectiva pressupõe a igualdade e a integralidade no atendimento.

A igualdade é concebida pelo MS como garantia de acesso às ações e serviços de saúde para todos e em todos os níveis, sem discriminação na qualidade e quantidade, dentro dos limites do SUS.

Estes dois conceitos pressupõem o princípio da complementaridade do setor privado (definido na Constituição), aplicado somente nos casos em que houver deficiência do setor público, isto é, o setor privado é apenas complementar ao serviço público sendo que, a complementaridade é vista sob as seguintes condições:


"...celebração de contrato de direito público, ou seja, no qual o interesse público prevalece sobre o particular; e a integração do serviço na mesma lógica organizativa do SUS, em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada é observância de normas compatíveis de organização, do trabalho e atendimento dos usuários" (SES, 1991, 4).

Prevalecem assim os princípios de universalidade e equidade como se o serviço privado fosse público, uma vez que, quando contratado, atua em nome deste. Dentre os serviços privados os não lucrativos tem preferência.

Esta perspectiva, formulada na década de 70, é traduzida em medidas concretas na década posterior através das AIS, SUDS e do texto constitucional. O setor saúde é reorganizado obtendo-se também avanços institucionais. Estes contrastam com o quadro sanitário no país e colocam a necessidade de uma nova concepção de direito à saúde que ultrapasse a simples perspectiva de assistência médica curativa e preventiva, pois, a universalização permitiu que a população de baixa renda tivesse acesso à assistência à doença, em geral de baixa qualidade, reitereando a condição de desigualdade e ajustando modos próprios de acessibilidade aos serviços de saúde. As políticas aplicadas na implantação de unidades de saúde para estes setores sociais contribuíram para consolidar o pressuposto do "tratamento desigual aos desiguais" (Cohn et al, 1991).

B) REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO

Estes dois conceitos são muito importantes nas alternativas ao perfil conservador da política de saúde, adquirindo distintos significados desde o PIASS até o SUS. Neste, a tentativa de organização regionalizada e hierarquizada implicou na proposição de uma rede com unidades de saúde distribuídas segundo diferentes níveis de complexidade de serviços e de acordo com as realidades regionais. Esta rede deveria ser composta pelos seguintes tipos de unidades de saúde: 1) Posto de Saúde; 2) Centro de Saúde; 3) Centro Regional de Especialidades; 4) Unidade Mista; 5) Hospital Local; 6) Hospital Regional; 7) Hospital Especializado; e 8) Hospital de base ou macrorregional.



A implantação deste tipo de rede numa região está, portanto, distribuída nos três níveis de atendimento: primário, secundário e terciário. No primeiro nível temos o atendimento aos serviços básicos de saúde através dos postos, centros de saúde e ambulatorios. No segundo e terceiro temos os atendimentos mais complexos realizados por hospitais.

A importância dos Postos de Saúde, reside no fato de permitir o acesso direto da população às unidades de saúde, tornando-se a "porta de entrada" do SUS, junto com os centros de saúde e unidades de emergência.

Neste tipo de rede, a regionalização tem por objetivo

"...proporcionar a organização racional de diferentes serviços, através da coordenação de unidades operacionais e atividades, num sistema de complexidade crescente e interdependente, a partir da atenção primária de saúde" (Lima, 1980, 20).

A regionalização faz uma divisão de espaços baseada numa orientação político-administrativa, respeitando as diferenças regionais características do Brasil.

Este conceito está intimamente vinculado ao de hierarquização, à medida que, a proposta de organização do Sistema de Saúde é caracterizada por uma ordem de complexidade crescente das unidades operacionais. A hierarquização pode ser definida como a articulação das unidades de saúde segundo os níveis de atenção, estabelecendo mecanismos que assegurem a referência e a contra-referência dos clientes no interior do sistema.

Segundo o Ministério da Saúde, **referência** é o ato de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde a outro de maior complexidade e **contra-referência** é o ato de encaminhamento de um paciente ao estabelecimento de origem após resolução da causa responsável pela referência (MS, 1991).

"Para que o sistema de referência e contra-referência funcione, é fundamental uma boa articulação entre as unidades do sistema local e

regional, a partir do estabelecimento do comando e coordenação única em cada nível, com definição clara das atribuições de cada unidade dentro do sistema de acordo com os princípios de regionalização e hierarquização" (MS, 1991, 13).

A regionalização e a definição do distrito sanitário, com população alvo definida, significam que os serviços assistenciais, precisam ter referência numa população concreta, que habita e trabalha num espaço definido. Para efeito desta pesquisa, o distrito corresponde ao conjunto de "...municípios pequenos, que tenham fácil comunicação entre si, permitindo a integração dos serviços e garantindo o acesso à população" (MS, 1991, 12).

C) INTEGRAÇÃO

Nas ações integradas de saúde, o conceito de integração foi um elemento fundamental para a tentativa de consolidação de uma política de saúde única nos vários níveis governamentais, integrando as diferentes instituições na área de saúde.

Enquanto conceito contido nos programas de saúde significa

"...a eliminação das multiplicidades de comando em cada esfera do governo. Implica a concentração de responsabilidades setoriais em uma única organização governamental. Relaciona-se ao aspecto político-administrativo da política de saúde e à descentralização, uma vez que a unificação organizacional em nível estadual e municipal dependerá essencialmente do grau de descentralização existente" (Cardoso, 1991, 30).

Desta forma, torna-se difícil pensar a integração e a unificação separadamente, pois, uma implica na outra. Por isto, o SUS propõe a unificação das instituições públicas de saúde em cada nível de governo, considerando que o ministério, as SES e as SMS serão no seu espaço a

instituição pública responsável pelo atendimento aos serviços de saúde. As unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral. As ações de promoção, proteção e recuperação da saúde não podem ser compartimentalizadas. O paciente é também visto como um todo indivisível e integrante da comunidade. A integração também é proposta no plano econômico através de um orçamento comum (POI) de modo a evitar duplicidade de ações e desperdícios.

Esta perspectiva traz uma contribuição importante, mas encontra problemas quanto à operacionalização em função das disjunções governamentais existentes. Neste sentido, o problema que se coloca é justamente o **político partidário**, pois, normalmente o governo federal ou as SES não repassam verbas para estados e municípios administrados por partidos diferentes daqueles que lhes dão sustentação política. A SES em SC não municipaliza até hoje (1992) unidades sanitárias em municípios administrados por partidos opositores.

D) DESCENTRALIZAÇÃO

O conceito de descentralização está presente nos programas e projetos elaborados por instituições governamentais como uma questão de grande relevância. No PREV-Saúde tal conceito foi utilizado como um processo de distribuição de poderes decisórios no nível local e como recurso administrativo e operacional. O CONASP concebeu a descentralização do sistema de assistência médica através da integração dos serviços públicos numa rede básica que tem colaboração da rede privada, ao passo que nas AIS o

conceito está vinculado ao planejamento local. Desta forma a descentralização passa a ser vista sob seu aspecto político, pois, começa a conferir poder de decisão aos órgãos locais gestores do sistema de saúde (Cardoso, 1990).

Os conceitos de descentralização e desconcentração, facilmente são confundidos. Em termos gerais o primeiro pode ser entendido como um sistema político com propensão para transferir para vários setores uma parcela da autoridade exercida pelo poder estatal (Fundação Getúlio Vargas, 1986). O segundo, de acordo com Dallari (1985), para o cientista político francês, Maurice Duverger, "consiste em transferir o poder de decisão das autoridades centrais para as representantes locais por elas nomeadas e que são dependentes das autoridades centrais".

No âmbito das políticas de saúde, a descentralização é definida como "distribuição de poder e responsabilidade para o gerenciamento e execução dos serviços públicos de saúde entre os vários níveis de governo" (Cardoso, 1990, 50). Segundo o modelo SUS cada nível deverá coordenar, controlar, avaliar e propor planos de saúde de acordo com a sua abrangência. Considerando que, quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais probabilidade de acerto existe ao serem redefinidas as atribuições nas esferas local, estadual e federal se coloca a perspectiva da municipalização reforçando o poder municipal sobre a saúde.

Para Ana Maria Brasileiro (assessora da UNICEF), a experiência de implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Brasil é muito mais caracterizada como desconcentração do que como descentralização (divisão real de poder), pois, o fato de dependermos de mecanismos como convênios para a transferência de recursos, havendo um repasse de tarefas e recursos sem perda de poder são argumentos suficientes para assim caracterizá-lo. Além do que a grande maioria dos recursos continua a ser

federal, visto que não realizamos a reforma tributária necessária (Proposta n. 12, 1988).

A desconcentração na verdade tem implicado apenas na transferência de atribuições. Isto pode estar relacionado ao fato de que o conceito de descentralização, nos programas governamentais, é mais utilizado sob um enfoque administrativo do que político. Assim sendo, as medidas descentralizadoras são enfatizadas muito mais em seu aspecto racionalizador.

Para Jacobi (1990), a descentralização configura uma proposta de

"...ação político-administrativa que na sua acepção possibilita a partir do aspecto ideológico através do qual for focalizado, visões totalmente contrapostas para perseguir objetivos diferentes e até opostos".

Para alguns, a descentralização pode significar basicamente a reprivatização; para outros o fortalecimento de um poder centralizado, podendo significar ainda uma repartição do poder. O Movimento Sanitário no Brasil ao propor um sistema de saúde unificado e descentralizado concebia a descentralização político-administrativa como um meio para a promoção de transformações sócio econômicas e da socialização das classes populares. Portanto, tendia a defender a descentralização enquanto repartição do poder.

E) PARTICIPAÇÃO

A participação vincula-se de forma direta aos processos de democratização política e às dinâmicas de gestão descentralizada nas administrações públicas. Seu principal objetivo consiste no fato de possibilitar uma relação entre os cidadãos e as instituições, contribuindo para que estas considerem os interesses comunitários no processo decisório. Para sua efetiva viabilização duas

condições são importantes: 1) Existência de organizações populares fortes a nível local; 2) Ocupação de cargos políticos municipais por partidos ou pessoas favoráveis a propostas democráticas (Jacobi, 1990).

A descentralização e a participação são instrumentos políticos que orientam políticas municipais de caráter democrático, aproximando a administração dos cidadãos e procurando criar os meios de interação na complexa dinâmica que a caracteriza. Desta forma, as propostas participativas possibilitam que os cidadãos passem a representar

"...um papel relevante no processo de dinamização da sociedade, assim como de exercício de um controle mais permanente e consistente da coisa pública pelos usuários, sustentado pelo acesso à informação sobre o funcionamento do governo da cidade" (Jacobi, 1990, 136).

O setor saúde traz algumas inovações neste sentido. A participação está presente enquanto princípio expresso na grande maioria dos documentos oficiais. Apesar disto, há uma ausência de participação popular, pois, apenas acontece nos casos em que existem as duas condições expressas acima. Com a implantação das ações integradas de saúde, este conceito foi reforçado e reconhecido como legítimo, transformando-se numa das diretrizes básicas da reforma sanitária. No âmbito das políticas de saúde pode ser definido como:

"...a possibilidade dos usuários dos serviços de saúde exercerem poder de decisão na formulação, implementação e avaliação das políticas do setor, atuando também no controle social das ações de saúde" (Cardoso, 1990, 32).

Este entendimento, hoje é uma garantia constitucional. A participação pode se dar em todos os níveis através de entidades representativas.

Nos conselhos de saúde a participação deve ter representação paritária entre usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço. As conferências de saúde são outra forma de participação feitas

periodicamente a fim de definir prioridades e planos de ação. O dever das instituições em informar os usuários, também é visto como parte do processo participativo por fortalecer uma perspectiva democrática, constituindo-se num grande desafio às administrações (MS, 1991).

Segundo Demo (1988, 67), o direito à participação não deve ser visto como **dádiva** ou **concessão**, mas como conquista, isto é, como um processo infundável, em constante vir a ser, sempre se fazendo, rumo à autopromoção. Esta é entendida enquanto

"...característica de uma política social centrada nos próprios interessados, que passam a autogerir ou pelo menos a co-gerir a satisfação de suas necessidades, com vistas a superar a situação assistencialista de carência de ajuda. Em política social não se promove ninguém propriamente, caso não chegue a autopromover-se".

A participação é instrumento de autopromoção, mas igualmente a própria autopromoção. Participação é meio e fim, é metodologia, algo comum a todas as políticas sociais redistributivas, porque é o caminho fundamental de todas.

A dádiva não realizaria a autopromoção e seria tutelada por um doador que delimita o espaço permitido e a concessão faz da participação um fenômeno residual das políticas sociais não contribuindo para a construção da cidadania. Perante estes problemas, o referido autor aponta alguns canais de participação que contribuem para superá-los, são eles: a) organização da sociedade civil; b) planejamento participativo; c) educação como formação à cidadania; d) cultura como processo de identificação comunitária; e) processo de conquista de direitos (Demo, 1988).

Estes elementos remetem ao conceito de **cidadania** concebido como qualidade social de uma sociedade organizada sob a forma de direitos e deveres majoritariamente reconhecidos, a exemplo dos direitos humanos que conse-

quem traduzir a síntese de todos os direitos do homem, trazendo uma contribuição para a reflexão sobre a participação do ponto de vista da organização da sociedade humana (Demo, 1988, 70).

1.3 - SAÚDE E MEIO-AMBIENTE EM PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO

Nos países em desenvolvimento, a maioria da população vive em situação de miséria e injustiça social, a exemplo dos trabalhadores rurais sem-terra e dos favelados, formando os chamados "bolsões de pobreza". O crescimento destes, implica no aumento do sofrimento humano e prejuízo ecológico, influenciando a moeda internacional, o câmbio e as relações políticas. Desta forma, a deterioração dos sistemas naturais em áreas pobres é sintoma e causa da miséria, pois, na luta pela sobrevivência a população de baixa renda não se preocupa com tendências ambientais globais (Eckholm, 1982).

A situação de subnutrição, fome, falta de saneamento básico (água, esgoto), característica dos países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil, causa sérios problemas à saúde da população. Esta, por sua vez, depende do nível de vida e vice-versa, sendo influenciada diretamente por fatores econômicos, sociais, ecológicos e culturais que qualificam o desenvolvimento (Dallari, 1987). Diante de uma situação de precariedade na área de saneamento ambiental, as políticas de saúde eram caracterizadas por uma prática curativa, em detrimento da prevenção, adotando o modelo tecnológico dos países industrializados com utilização intensa de recursos caros, formação acadêmica cara e equipamentos adaptados a uma moderna infra-estrutura hospitalar centralizada, tendendo

a ser ineficaz, à medida que está desvinculada das condições de vida e dos problemas estruturais que estão na origem das doenças (Sigal, 1979).

A partir da inadequação das políticas de saúde à realidade social nestes países, chamam atenção os problemas de saneamento ambiental considerando que as altas taxas de mortalidade e morbidez residem, principalmente, na deficiência em relação ao tratamento de água e à falta de esgoto, provocando vários tipos de doenças e alta taxa de mortalidade por infecções gastro-intestinais. Além da alteração do nível de vida por problemas de saneamento, temos tal alteração em função da poluição ambiental que atinge o ar, os rios e lagos, tornando-se comum nas regiões desenvolvidas destes países em prejuízo do bem-estar psíquico e social e provocando doenças respiratórias (Dallari, 1987).

1.4 - SAÚDE: UMA PERSPECTIVA ECODESENVOLVIMENTISTA

Perante os problemas de saúde característicos de países em desenvolvimento, bem como a inadequação das políticas de saúde face a estes, Sigal propõe uma nova estratégia para o setor, relacionando tais problemas à realidade sócio-ambiental e buscando estabelecer um vínculo entre a necessidade de soluções técnicas eficazes e a participação da população, para que se possa identificar as causas ambientais da doença, com esforços paralelos em saneamento ambiental. Mostra-se crítica das condições de vida, bem como das políticas de saúde diante das demandas existentes nestes países, sugerindo sua reestruturação com base numa nova proposta de desenvolvimento. Sua perspectiva fornece elementos para uma nova estratégia de

saúde, exigindo duas questões fundamentais: 1) mudança na estrutura dos serviços, reorganizando-os com base na descentralização, distribuição espacial e social, criação de centros de saúde menos custosos; 2) necessidade de reconhecer alguns fatores, particularmente os relacionados ao meio ambiente, enfatizando a medicina preventiva sem desconsiderar a curativa e adequando os serviços de saúde ao tipo de doença predominante (vide experiência chinesa).

Ao redefinir o papel dos serviços de saúde propõe uma planificação integrada a um conjunto de políticas econômicas, sociais e ambientais, incentivando a participação da população na esfera institucional e no auto-controle preventivo da doença, possibilitando identificar os fatores que incidem sobre suas causas estruturais. Além disso considera o potencial para mudar os meios de distribuição de recursos, os recursos subutilizados e os obstáculos de planejamento, com base em interesses de grupos e classes sociais, identificando vantagens e dificuldades para desenvolver uma política de saúde alternativa.

Deste modo, os serviços públicos

"...responsáveis pela água, esgoto, poluição, educação, emprego, comunicação e transporte deveriam compor elementos na rede de distribuição, manutenção e renovação da saúde individual e comunitária tanto como o faz um serviço de saúde". Além disso, os "novos acessos aos cuidados ao ambiente deveriam ser acompanhados de uma política ambiental que especificaria consequências tão bem como os grupos sociais que são atingidos pela degradação ambiental" (Sigal, 1979).

As soluções para o problema do desenvolvimento no terceiro mundo devem ultrapassar uma visão fragmentada, percebendo os problemas ambientais e os problemas de saúde de forma interdependente. A relação entre soluções técnicas e mobilização é fundamental para a identificação das causas ambientais da doença implicando, por sua vez, num questionamento das estruturas sócio-econômicas vistas

como causas estruturais de morbidade (Sigal, 1979).

Os conceitos constitutivos da proposta do SUDS possuem elementos que vão de encontro ao projeto Sigal. Este, por sua vez, coloca a necessidade de considerar o potencial curativo disponível em vários ecossistemas enfatizando

"...a necessidade de se procurar por estratégias concretas de desenvolvimento, capazes de fazer um uso ecologicamente seguro dos recursos específicos de um determinado ecossistema, a fim de satisfazer as necessidades básicas da população local, investindo na variedade de soluções na identificação de necessidades e recursos, a pesquisa de técnicas adequadas, o projeto e a implementação de planos de desenvolvimento e de alterações estruturais quando necessárias" (Sachs, 1986).

Desta forma, a perspectiva do ecodesenvolvimento pode contribuir na análise de fatores que podem estar na origem da doença, bem como, para a análise de políticas de saúde e propostas que procurem responder às necessidades de sobrevivência das populações.

Neste sentido o conceito de ecossistema, enquanto "...conjunto das interações no seio de uma unidade geográfica determinável que contém diversas populações vivas constitui uma unidade complexa de caráter organizador..." (Morin, 1977).

Fornece, assim, elementos para a percepção de tal complexidade, uma vez que relaciona a biologia, o comportamento, a organização e o funcionamento do homem, de outros animais, de plantas e de componentes orgânicos dentro de uma única estrutura na qual a interação dos componentes pode ser estudada. Este conceito contribui para romper os determinismos sociais vinculados às variáveis biológicas na sociologia, como também com os determinismos culturais e ambientais que separam o homem de sua cultura, sociedade e meio-ambiente.

Segundo esta perspectiva, a sociologia pode contribuir na integração dessas visões buscando inter-relacionar a sociedade, o homem, o meio-ambiente e a cultura considerando que seu comportamento afeta a saúde humana,

a ocorrência e o controle da doença. Isto nos coloca a necessidade de considerar a importância da pesquisa ecológica no estudo de problemas epidemiológicos em diferentes populações, remetendo-nos a um conceito de processo saúde-doença que, neste trabalho, é entendido como elemento do meio-ambiente humano que envolve os níveis biológico, sócio-psicológico, político, cultural e ambiental, sendo que, de acordo com as condições destes diferentes níveis, podemos ter um fator determinante na constituição de uma perspectiva sócio-bio-cultural de saúde e da doença.

SÍNTESE

As críticas à intervenção do Estado no setor saúde no período pós-64, estão fundamentadas na sustentação de programas verticais através de um aparelho burocrático centralizado, mobilizador de muitos recursos, com um baixo grau de resolução dos problemas de saúde da população. Por esta razão, após a VIIIª CNS, realizada em março/86, o Sistema Nacional de Saúde é reestruturado, fortalecendo o setor estatal nos seus diferentes níveis de organização. As AIS e o SUDS, contribuem para a descentralização do poder político, econômico e administrativo, possibilitando que as SES e as SMS administrem suas redes de serviço próprias através das comissões interinstitucionais de saúde.

O SUS unifica as instituições do setor, porém, isto não ocorre de modo uniforme em todo o país. Sua implantação com base nos princípios explicitados, significa o fortalecimento da cidadania. Num país caracterizado pela precariedade dos serviços, torna-se necessário redefinir

o papel destes através de uma planificação integrada a um conjunto de políticas baseadas na participação social e no auto-controle preventivo das doenças, uma vez que, estas são influenciadas por fatores econômicos, sociais, ecológicos e ambientais que qualificam o desenvolvimento. Para tanto, as políticas de saúde, não serão entendidas apenas em sentido estrito, conforme expressa este capítulo, mas também serão concebidas em sentido amplo, abrangendo o âmbito da qualidade de vida no contexto de uma administração municipal. Este enfoque dará a tônica ao capítulo seguinte.

Capítulo 2

AS POLÍTICAS DE SAÚDE EM CRICIÚMA NA GESTÃO HÜLSE (83-88).

As políticas de saúde a partir das AIS vinculam-se ao projeto de Reforma Sanitária, passando a ter um sentido amplo.

Sua implementação fragmenta esta visão, pois, o aspecto sanitário na prática é dissociado do SUS. Isto resulta, por um lado, na reprodução da concepção de políticas de saúde em sentido estrito, ou seja, situadas no âmbito da organização de redes de serviços e, por outro lado, na concepção de políticas de saúde enquanto qualidade de vida com ênfase na questão sanitária, abrangendo os aspectos de meio-ambiente, esgoto, lixo, água e habitação.

Apesar da Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social no município de Criciúma, partilhar da visão consolidada no contexto das AIS, essa fragmentação também ocorreu em função da falta de integração intersetorial (PMC) e interinstitucional. Por esta razão, este capítulo busca situar o quadro em que tais políticas foram implementadas caracterizando a administração municipal, identificando contribuições e limites na implementação de políticas de saúde enquanto qualidade de vida e situando o processo de consolidação do SUS. Para tanto, são apresentados os dados obtidos na pesquisa de campo, cuja análise será aprofundada na parte conclusiva deste estudo.

A avaliação das políticas no âmbito da consolidação do SUS continua no capítulo III sob os aspectos da descentralização e participação.

2.1 CARACTERIZAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO

Tendo seu processo de crescimento econômico baseado na exploração irracional do carvão e na implantação gradual dos setores cerâmico e de vestuário, entre outros, Criciúma pode ser vista como cidade operária que exprime as duras realidades do modelo de desenvolvimento brasileiro. Modelo este, cuja principal característica é a hipertrofia da dimensão econômica em detrimento das variáveis sociais e ambientais.

No contexto do regime autoritário vigente até o início da década de 80, a realidade política do município reflete a longa tradição de governos

"...insensíveis às mudanças sociais, políticas econômicas equivocadas com base na idéia de crescimento infinito, sem preocupação com a distribuição de renda, defasagem científico-tecnológica e um estilo de desenvolvimento que não protege nossa herança em recursos naturais" (BID - PNUD, 1990, 17).

Esta tradição autoritária foi internalizada exemplarmente pela administração Altair Guidi, no período 78-82.

A população era sistematicamente excluída dos processos decisórios. As instituições da democracia política tinham existência apenas formal. A Prefeitura recusava-se até mesmo a receber organizações não-governamentais, vistas, enquanto representantes da sociedade civil organizada, para negociar suas reivindicações. Um número expressivo de entrevistados manifestam este entendimento:

"Altair se negava a nos receber, a marcar audiências para que pudéssemos levar nossas

reivindicações, assim como lixo e esgoto, mas a gente ia lá com faixa na mão insistir para que o povo fosse atendido".

Nesse sentido, a arena política estava restrita ao aparelho de Estado, onde atuavam seus membros em articulações com as cúpulas das organizações privadas.

Com o processo de transição democrática coube às oposições expor as fragilidades do regime, procurando legitimação por via eleitoral (O'Donnell, 1986). Neste contexto, a reforma partidária efetivada em 1982 - ano eleitoral coloca fim ao sistema bipartidarista.

Segundo Da Ros, às vésperas das eleições municipais de 1982, Criciúma contava com os seguintes candidatos a prefeito:

Nereu Guidi e Manique Barreto (PDS), Lírío Rosso e José Augusto Hülse (PMDB), João Paulo Teixeira (PT) e 3 candidatos do PDT.

A disputa eleitoral concentrava-se nos dois primeiros partidos, como na maioria dos Estados brasileiros. O contexto da crise do regime militar e o processo de democratização, aliados à crise das indústrias de carvão e cerâmica, contribuem para o fortalecimento das candidaturas do PMDB. O partido entende que a vitória nas urnas pressupunha concorrer à prefeitura com sub-legendas.

O papel desta seria cobrir as localidades não atingidas pelo nome do principal candidato do PMDB a prefeito, Lírío Rosso. Esta candidatura já estava sendo organizada há mais tempo, dispondo de amplo apoio na base do partido. Com a incorporação do Partido Popular ao PMDB e a contribuição do empresário Realdo Guglielmi (minerador), para a candidatura de José Augusto Hülse (PMDB), o quadro foi alterado. Este deixou de ser candidato periférico e ganhou as eleições em Criciúma.

Nas entrevistas realizadas, Lírío Rosso (PMDB) foi caracterizado pelos militantes de seu partido como um candidato alternativo, no sentido de ter trabalhado para

a construção de uma proposta popular na cidade, fortalecendo a sua perspectiva partidária. José Augusto Hülse era caracterizado como um progressista confiável para alguns setores do empresariado, pois havia sido secretário de Altair Guidi (ex-prefeito pela ARENA) e teve o apoio decisivo do empresário Realdo Guglielmi em sua campanha eleitoral. Apesar disto, as entrevistas expressaram consideração para com Hülse (PMDB), por seu passado de vinculação com a perspectiva de oposição ao regime militar; bem como, pelo fato de ter incorporado ao programa de sua candidatura as propostas debatidas e aprovadas pela candidatura de Lírio Rosso. Este, por sua vez, deu destaque às políticas sociais, principalmente no que se refere às áreas de saúde e educação.

A vitória de Hülse, em relação a Lírio Rosso, mostra o poder empresarial sobre a organização partidária e uma candidatura que parecia estar consolidada, ou melhor, vitoriosa. Este fato, nos remete a uma breve reflexão sobre a natureza do sistema partidário.

Offe, quando se refere a esta questão resgata a contribuição de Mc Pherson por considerar que o sistema partidário tem sido um meio de conciliar o sufrágio universal e igualitário com a manutenção de uma sociedade desigual. Deste modo,

"...a dinâmica inerente ao partido como forma organizacional que se desenvolve sob e para as condições de competição política, gera esses constrangimentos e impõe 'não-decisões' sobre o processo político que, juntos, tornam a democracia segura para o capitalismo. Essas 'não-decisões' afetam tanto o conteúdo da política quanto os meios pelos quais o conflito político se expressa. Os constrangimentos impostos ao possível conteúdo da política são os mais efetivos, eles não são explícitos, isto é, não se baseiam em mecanismos formais de exclusão, mas se constituem, ao invés em artefatos e subprodutos das formas organizacionais da inclusão política universal" (Offe, 1984, 365).

Esta conclusão se apóia no fato de que os sistemas partidários competitivos não concebem uma distribuição de

poder político capaz de transformar a estrutura sócio-econômica em que estão inseridos e o padrão de poder que geraram. Isto, porém, não justifica o modelo de partido único que caracterizou o socialismo real.

O Partido do Movimento Democrático Brasileiro caracterizou-se pela oposição à ditadura militar. Apesar de sua proposta política não pretender a superação do capitalismo, apresentava-se à sociedade como uma alternativa de mudança. Neste contexto, inicialmente a Nova República significou uma esperança. A administração municipal de Criciúma (83-88) também. Esta implantou algumas inovações apresentando-se à sociedade como uma administração popular e alguns setores da sociedade civil assim a entendiam.

A análise das entrevistas permite-nos perceber que a administração Hülse (PMDB), embora tenha conseguido se diferenciar das anteriores, do ponto de vista da implantação de políticas sociais e de uma relação mais democrática com a sociedade, acabou apresentando resultados apenas paliativos, tanto, em função da sua perspectiva política, quanto, dos limites da administração pública.

As ações governamentais não implicaram num redirecionamento do modelo de desenvolvimento. Não chegaram a questionar a atuação do empresariado local, com exceção do trabalho realizado pela Secretaria de Saúde. Aqui pode-se constatar atritos com o poder médico local e com a ação empresarial, decorrentes do esforço de implantação de uma proposta participativa, baseada nas proposições da VIIIª Conferência Nacional de Saúde - a implementação do SUDS rumo à Reforma Sanitária. Tentativas similares na área de educação não tiveram o mesmo êxito. De forma geral, a administração municipal não adquiriu caráter autenticamente popular, entendido como uma proposta global unificada, integrada, democrática e participativa.

Para a vitória de José Augusto Hülse (PMDB) contri-

buiu decisivamente o empresário Realdo Guglielmi. Esta associação caracteriza a forma usual de relação entre os partidos e os empresários. Deste modo, Guglielmi, além de apoiar José Augusto Hülse (PMDB) no plano municipal, também apoiou a candidatura Jaison Barreto, em 1982, para o Governo do Estado, mesmo posicionando-se este historicamente mais à esquerda que Hülse. Estes fatos contribuem para confirmar as constatações de Offe, explicitadas anteriormente. Além disso, a administração Hülse consegue expressar o conflito básico do PMDB, qual seja, a contradição entre segmentos progressistas e conservadores no interior do partido. A Secretaria Municipal de Saúde é o setor que melhor representa os progressistas e a bancada do PMDB na Câmara de Vereadores representa bem o segmento dos conservadores.

Nas entrevistas, cerca de 62,7% dos representantes da sociedade civil entrevistados consideram a administração Hülse sensível às demandas populares. Para os restantes 27,3% ela é populista e para apenas 10% é popular.

A maioria dos entrevistados reconhecem suas contribuições, considerando que a administração foi caracterizada por uma relação de abertura para com a sociedade, e pela transparência. Atendeu a algumas reivindicações básicas, ouvindo as comunidades na definição de suas prioridades político-administrativas. Além disso, fez de Criciúma um pólo do PMDB no estado, realizando atividades culturais e políticas que destacaram a PMC.

Apesar de mais aberta ao diálogo com a população, mais transparente e capaz de democratizar informações, o limite do popular na administração Hülse estava no fato de ser apenas consultivo. Não foram criados espaços institucionais, em que a sociedade civil organizada tivesse poder de decisão, a exemplo da criação de conselhos.

As duas comissões criadas nas áreas de saúde (CIMS) e orçamento, não tinham poder deliberativo. A maioria dos

entrevistados reconhecem que o popular nesta administração teve seu aspecto clientelista e poucas mudanças efetivas, porém, foi a administração mais popular no município. Foi considerada boa, comparada às demais, mas insuficiente em relação às necessidades existentes.

Em síntese, e segundo o ponto de vista de Souza (1987, 30), a administração municipal não questionou a fundo o modelo anterior, e todos os intentos de redefinição foram insuficientes:

"Há uma contradição básica entre o modelo transnacional de desenvolvimento capitalista, definido e voltado para fora e o atendimento das demandas sociais da maioria da população, excluída desse modelo".

Isto contribui, segundo este autor, para explicar o fracasso das tentativas de pacto social e dos programas sociais governamentais. O estado social não se tornou pior, mas também, não melhorou como esperado. O processo de democratização tornou a realidade social mais transparente, contribuindo para o crescimento dos movimentos sociais.

O discurso do social na Nova República, expresso na política nacional e local assume um lugar de destaque na administração, torna-se programa de governo, mas diante das contradições já expressas, sofre uma paralisia peculiar e consegue sair pouco do discurso ou mostra-se insuficiente, criando uma crise de legitimidade.

Vejamos, pois, como estas dificuldades aparecem, no âmbito da implementação de políticas de saúde, numa administração municipal.

2.2 POLÍTICAS DE SAÚDE

Neste item as políticas de saúde são vistas de duas formas: primeiro, no âmbito da qualidade de vida, ultrapassando o limite da Secretaria de Saúde, ou seja, abrangendo outros setores da administração municipal e/ou estadual e federal, responsáveis pela melhoria das condições de vida; e segundo, no âmbito da organização de uma rede de serviços de saúde, conforme já explicitado.

2.2.1 QUALIDADE DE VIDA

José Augusto Hülse (PMDB), assume a prefeitura em 1983, num contexto de carência quase absoluta de ações organizadas no que se refere à problemática ambiental. Uma de suas primeiras providências consistiu na criação de uma Assessoria de Meio-Ambiente, diretamente vinculada ao seu Gabinete.

Esta buscou eliminar a poluição do solo - recuperação de 700.000m² de área poluída -, do ar e dos mananciais hídricos através de eliminação da maioria dos focos piritosos, criação de estradas e acessos exclusivos para o transporte de carvão, legislação ambiental municipal, horto florestal e parque municipal com 124.755,80m² de mata nativa. Houve também um trabalho incipiente de educação ambiental e melhorias na área de habitação (recuperação ambiental integrada a projetos habitacionais), saúde e saneamento.

A maioria dos entrevistados contemplam em suas avaliações as contribuições e os limites da administração nesta área. Mesmo assim, o centro da análise é diferente

entre os segmentos pesquisados.

A tabela abaixo representa a avaliação predominante em cada setor entrevistado.

Tabela 1
TIPOS DE AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE MEIO-AMBIENTE

Tipos de Avaliação	Setores entrevistados			
	Técnicos da SSBES	Soc. civil	Funcionários	Secretários
Limites como eixo de análise	77,78%	62,5%	25%	20%
Contribuições como eixo de análise	22,22%	37,5	75%	80%
Total	100%	100%	100%	100%

Fonte: Entrevistados

Os técnicos da SSBES, e a sociedade civil organizada colocam os limites no centro da análise entendendo, que, apesar de fazer o controle da poluição, a atuação da assessoria de meio-ambiente caracterizou-se por um padrão de atuação remedial.

Já os secretários e funcionários colocam como questão central as inovações trazidas pelo setor, no que se refere a uma política ambiental, até então, inexistente. Desta forma, destacam o trabalho realizado na área da cobertura de rejeitos e controle dos focos de queima de pirita que contribui para a despoluição do solo, da água e do ar.

Nos tipos de avaliação também manifestam-se as diferentes formações dos grupos entrevistados, constatando-se no grupo de técnicos a existência de capacidade de crítica, que possibilita o exercício de certa autonomia política em relação à PMC. Os representantes da sociedade civil organizada e os secretários expressavam suas

convicções sem medo de defendê-las. Já os funcionários em sua grande maioria pessoas muito simples, alguns com medo de falar, manifestavam, na maior parte das vezes um comportamento de subserviência.

As entrevistas colocam ainda a polêmica da continuidade das atividades de exploração do carvão.

Algumas empresas estatais posicionaram-se num dado momento pela paralização das atividades carboníferas, considerando que o governo brasileiro importa carvão de melhor qualidade, a um preço mais acessível. O fechamento de unidades da CSN trouxe fortes resistências por parte de sindicatos e associações comunitárias, particularmente do Sindicato dos Mineiros. Não foi constatada nenhuma medida visando reabsorver gradativamente a mão-de-obra desempregada em outros setores da economia. Também não foram recuperadas as áreas degradadas pela ação da empresa, antes e após o seu temporário fechamento.

Os representantes da sociedade civil posicionaram-se majoritariamente contrários a esta medida, pelo fato de sua consequência imediata ser o desemprego. Esta postura parece contraditória com a expressa na tabela 1, por estes entrevistados, porém, entendiam ser possível desenvolver tais atividades sem causar grandes prejuízos ambientais. Além disso, havia indicadores de que o governo federal fechou a CSN muito mais por razões econômicas, do que por preocupações com a problemática ambiental. Havia, portanto, uma parcela muito pequena de técnicos e de representantes da sociedade civil favoráveis ao seu fechamento, por considerar que o redirecionamento do modelo de desenvolvimento, implica na adoção de medidas como essa.

De acordo com os documentos da prefeitura e algumas entrevistas, o município, até 1982, dispunha de apenas 100km de canalização de esgoto. Durante a gestão Hülse foram implantados mais 300km, contribuindo para atenuar

as precárias condições de vida da população em áreas de periferia.

As entrevistas revelam que, este trabalho constituiu-se numa inovação tanto pelo fato de nunca ter sido contemplado, por administrações, como por confrontar-se com o quadro de precariedade existente. Apesar disto, mostram seus limites, por considerarem que a solução adotada, não foi a mais adequada, ou seja, apenas paliativa. Em algumas localidades, o esgoto que era jogado a céu aberto, foi canalizado para dentro do rio.

A maioria dos entrevistados consideram as inovações e os limites em suas avaliações. Um percentual de 27,3% colocam as inovações como a questão central, e 72,73% compreendem os limites como centrais. A tabela abaixo mostra o tipo de avaliação predominante em cada grupo de entrevistados.

Tabela 2
TIPOS DE AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ESGOTOS

Tipos de Avaliação	Setores Entrevistados			
	Técnicos da SSBES	Soc. civil	Funcionários	Secretários
Inovação como centro de análise	22,22%	27,3%	62,5%	60%
Limites como centro de análise	77,78%	72,7%	37,5%	40%
Total	100%	100%	100%	100%

Fonte: Entrevistados

De acordo com estes dados, os setores que colocam os limites como eixo de análise consideram que

"A prefeitura apenas colocou condutor. O esgoto feito por ela foi canalizar os detritos jogados a

ceú aberto em nossos terrenos e jogar dentro do rio. Isto não resolve. Tanto que as pessoas não fazem fossas adequadas com sumidouro e o uso da canalização não foi fiscalizada pela prefeitura. Não houve trabalho educativo. A PMC não fez um trabalho organizado e planejado, passando um condutor público em frente às casas que fosse ligado ao esgoto domiciliar. Se tivesse isto os rios e córregos não receberiam o resultado".

Os setores que colocaram as inovações como centro de análise em suas avaliações salientam que: "Fez 300.000m de esgoto, rede de água. Muita coisa foi feita. Não tinha rede de esgoto, nem bom recolhimento de lixo antes da administração do Zé Augusto".

Os entrevistados que majoritariamente colocam como eixo de análise o significado da canalização do esgoto enquanto inovação em si, na verdade, pertencem a dois setores que possuem um forte vínculo com a prefeitura, sem ter projeto próprio. Os secretários expressam um compromisso político com a implantação destas inovações e os funcionários expressam em sua maioria um sentimento de dívida para com a administração que inovou, estabelecendo com estes uma nova relação e atendendo necessidades de seu bairro.

Os técnicos, ao levantarem os limites do trabalho realizado como questão central de análise, têm no horizonte, a referência de uma proposta de Reforma Sanitária, entendida como um processo de transformações políticas, econômicas e sociais, buscando qualidade de vida através do atendimento das necessidades básicas da população, com predomínio do setor público sobre o privado e com uma efetiva participação da população no estabelecimento, e, implantação de políticas públicas que busquem solucionar os problemas sócio-econômicos hoje existentes.

Os entrevistados ligados às organizações da sociedade civil, ao colocarem os limites do trabalho realizado como questão central de análise, embora não tenham clareza do projeto de Reforma Sanitária, expressaram preocupa-

ções semelhantes aos técnicos, enfatizando, a necessidade de implantação de uma proposta que busque resolver os problemas de saneamento com soluções adequadas.

Na pesquisa de campo constatou-se que a prefeitura conseguiu implantar melhorias no que se refere à coleta e destinação do lixo. Nas administrações anteriores a coleta era feita predominantemente no centro da cidade, em detrimento de áreas periféricas. Os dejetos eram depositados num "lixão", que servia ao mesmo tempo como espaço para suinocultura.

A gestão Hülse transforma este quadro reorganizando tanto a coleta quanto o depósito. Houve uma significativa expansão da coleta, contemplando a grande maioria dos bairros. Foi criado um novo lixão, dotado de melhores condições sanitárias.

O gabinete do prefeito, secretários(as) e funcionários(as) em sua maioria, caracterizavam o novo local em que o lixo era depositado como um aterro sanitário, ao passo que, os técnicos da SSBES e representantes da sociedade civil organizada, majoritariamente, discordam desta caracterização conforme mostra a tabela abaixo.

Tabela 3
TIPOS DE AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO DO LIXO

Tipos de Avaliação	Setores Entrevistados			
	Técnicos da SSBES	Soc. civil	Funcionários	Secretários
Aterro sanitário	20%	20%	70%	60%
Lixão	20%	80%	30%	20%
P/ser aterro deveria ser + adequado	60%	00	00	20%
Total	100%	100%	100%	100%

Fonte: Entrevistados

Estes setores, em sua maioria, entendem que para ser considerado aterro, deveria ser mais adequado, enfatizando os limites. Este entendimento foi expresso através de afirmações como:

"O lixão era vergonhoso. É o espelho da cidade. Nunca participei de nenhuma reunião educativa sobre o lixo. Eles tinham uma forma de esconder, sem educar".

Os funcionários e secretários, ao caracterizarem o novo local como um aterro sanitário, enfatizavam as inovações implantadas no que se refere à problemática do lixo. As opiniões destes segmentos eram expressas da seguinte forma:

"Criamos um aterro sanitário, expandimos a coleta do lixo, acabamos com um lixão que tinha em cima dele a criação de suínos que o povo consumia, conseguimos inovar".

No âmbito do suprimento de água, houve expansão da rede de distribuição, particularmente, para os segmentos de baixa renda. Apesar disto, a região está às voltas com a questão da poluição dos mananciais. O problema da falta de água vem se agravando cada vez mais. Segundo a CASAN o rio São Bento possui uma vazão de apenas 23 milhões de litros diários, no quadro de uma estimativa de demanda da ordem de 26 milhões de litros, dificultando o abastecimento.

2.2.1.1 HABITAÇÃO

Dentre as medidas priorizadas no âmbito da política habitacional destacam-se a distribuição de novos lotes, a regularização jurídica de casos conflituivos de ocupação, a organização de mutirões e a criação de projetos de habitação popular com isenção de IPTU para famílias com

renda inferior a dois salários mínimos. Os dois projetos mais importantes foram: Mina Quatro e Paraíso.

Segundo documentos consultados na PMC, o projeto Mina Quatro contemplava 647 lotes residenciais e 49 lotes industriais. Para tanto, foram recuperados 420.000m² de uma área completamente coberta de pirita. Cerca de 650 famílias tiveram acesso ao loteamento através de financiamento especial. Do ponto de vista da administração Hülse, a medida constituiu um exemplo de recuperação ambiental destinado à ampliação da infra-estrutura habitacional e ao fomento do processo de industrialização de pequeno e médio portes.

O projeto Paraíso foi implantado numa localidade denominada baixadinha, considerada na época área habitacional de extrema precariedade. A prefeitura fez nela melhorias em termos de infra-estrutura e deu à localidade o nome do projeto, passando então a chamar-se Bairro Paraíso.

Segundo os dados oficiais, este projeto recuperou uma área de 15.000m², colocando à disposição dos habitantes um centro comunitário, um posto de saúde, creches, uma lavanderia comunitária, quadra de esporte, uma unidade escolar, um play-ground e os recursos humanos correspondentes (médicos, enfermeiros e assistentes sociais e professores).

Além disso, foram implantados outros projetos de menor porte. O projeto Forquilha, previa 343 lotes residenciais e 20 industriais, numa área de 380.000m², o Bainha, 970 lotes, e os projetos Tereza Cristina e Manaus, regularizaram a posse de áreas em litígio.

Os documentos oficiais consideram que, os Projetos Paraíso e o Mina Quatro melhoraram as condições de vida de aproximadamente 10.000 pessoas.

Os entrevistados expressaram reações ambivalentes quanto à política habitacional da administração Hülse.

Para alguns, as inovações constituem-se em eixo de análise, ou seja, o balanço é positivo, expresso na construção de um volume expressivo de novas casas populares e na recuperação ambiental.

Para outros, a política de habitação é caracterizada como irresponsável. Os limites estão no eixo de sua análise. Neste sentido, consideram que a regularização de áreas ocupadas só aconteceu depois de muitas manifestações da população organizada. Os projetos Mina Quatro e Paraíso, tiveram características eleitoreiras e clientelísticas. Além disso, suas instalações eram precárias.

Estas avaliações estão representadas na tabela abaixo.

Tabela 4
TIPOS DE AVALIAÇÃO DA POLÍTICA HABITACIONAL

Tipos de Avaliação	Setores Entrevistados			
	Técnicos da SSBES	Soc. civil	Funcionários	Secretários
Inovações como centro de análise	25%	27,27%	62,5%	60%
Limites como centro da análise	62,5%	63,64%	37,5%	40%
Posição intermediária	12%	9,09%	00	00
Total	100%	100%	100%	100%

Fonte: Entrevistados

Como se percebe, o último tipo de avaliação apresentado acima, expressa-se nos dois primeiros setores de entrevistados, pois, os limites do trabalho realizado estão no centro da análise. Criticam o projeto Mina Quatro,

por ter sido feito quase em cima do lixo e entregue antes das eleições. Além disso, a população era orientada a fazer horta em suas residências, morando sobre rejeito piritoso coberto por uma camada de terra.

Nas entrevistas há predomínio de uma avaliação que enfatiza críticas contundentes à falta de uma integração efetiva entre os diferentes setores da PMC. Não houve integração de projetos na área de saúde e habitação, apesar da SSBES desempenhar o papel de levantar as principais necessidades e reivindicações populares, a partir da implantação das ações Integradas de Saúde e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde e apresentá-las à Prefeitura.

Os dois últimos setores, defendem com veemência os projetos implantados na área de habitação. Os funcionários por majoritariamente pertencerem a um setor social beneficiado e concordarem com os projetos, os secretários além de concordarem, em sua maioria, sentem-se comprometidos.

Os tipos de avaliação expressam diferentes faces do trabalho realizado. A administração fez inovações na área de habitação. Implantou programas até então inexistentes, incentivou a participação através da auto-construção de casas, porém, estas são limitadas por esbarrar no clientelismo, eleitoralismo e em condições sanitárias e ambientais bastante precárias.

As políticas de saúde, no âmbito da qualidade de vida apresentam contribuições perante a precariedade dos serviços existentes, embora não tenham apresentado soluções que respondessem aos problemas de forma efetiva. A implementação das AIS e do SUDS pela Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social - SSBES, apesar de estar relacionada com um projeto conseqüente de Reforma Sanitária encontra dificuldades na viabilização. Mesmo assim, implantou uma rede de serviços organizada segundo os princípios da des-

centralização, participação, hierarquização e universalização dos serviços de saúde.

2.3 - IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO SISTEMA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA.

Na gestão Hülse, Criciúma teve uma administração mais comprometida com o setor saúde. Foi criada a Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social - SSBES. Até então, existia apenas um Departamento de Saúde na PMC. Este a nível de atendimento público trabalhava com um ônibus-ambulatório que visitava as comunidades somente uma vez por ano.

A SSBES foi estruturada em três Departamentos: Promoção Social, Saúde e Habitação. Existia na secretaria uma perspectiva de trabalho integrado entre estes setores, porém, havia integração de fato, apenas entre os dois primeiros.

A Promoção Social contava com um quadro de assistentes sociais e tinha por objetivo transformar as sociedades amigos de bairro em Associações de Moradores para trabalhar de forma integrada com a saúde. Através deste departamento eram realizadas reuniões em bairros, com a finalidade de conhecer suas necessidades e estimular sua organização comunitária (Da Ros, 1991).

Cabia ao Departamento de Saúde implantar mini-ambulatórios nos bairros, buscando o atendimento preventivo e curativo. Por sua vez, o Departamento de Habitação tinha por objetivo implantar novos projetos populares e promover a regulamentação de áreas litigiosas, conforme já foi explicitado.

Através de contato com a Universidade Federal de

Santa Catarina, a SSBES organizou uma equipe de profissionais caracterizados pelo compromisso com um projeto transformador. A partir de então, passa a ser composta de forma gradativa uma equipe de técnicos de nível superior, que em sua maioria já tinham realizado experiências como estudantes, estagiários(as) ou profissionais que os aproximavam do Movimento Sanitário. Este, segundo Fleury (1989, 153) se define como:

"...um movimento que reúne intelectuais, profissionais da área de saúde, organizações e associações, tendo como referencial ético a saúde como valor universal, o que só pode ser concretizado através da reformulação do sistema, para atingir a universalização e equidade. Para tanto, o movimento apresenta um conjunto de propostas políticas e técnicas que se consubstanciam enquanto uma Reforma Sanitária".

Esta é entendida como: "...um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos que corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material concretiza-se na busca do direito universal à saúde e na criação de um Sistema Único de Saúde sob a égide do Estado" (Fleury, 1989, 194).

A partir de 1983, a SSBES, passou a implantar um projeto de atenção à saúde no Município de Criciúma. Este previa a formação de agentes de saúde, enquanto, principal elo de ligação entre a unidade sanitária e a comunidade, treinando-os através da supervisão técnica da unidade sanitária, além de cuidados de enfermagem e atendimento ambulatorial (SSBES, 1983).

A estratégia das AIS foi estabelecida em maio de 1984. Criciúma elaborou o projeto "Ações Integradas de Saúde" em fevereiro/85, baseado na principal diretriz do Movimento Sanitário: saúde como um direito de cidadania. Por esta razão, procura estruturar uma rede de serviços de saúde descentralizada, buscando facilitar o acesso e propiciar a equidade hierarquizada, segundo, níveis de complexidade crescente, a fim de assegurar a eficácia do

sistema de saúde. Para tanto, procurou aplicar procedimentos que maximizam a produtividade com qualidade de recursos (SSBES, 1983).

A expansão da rede física dos serviços de saúde tinha como objetivo a implantação de um projeto baseado na atenção primária, concebida, segundo a Conferência de Alma Ata (URSS - 78):

"...assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitas, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e familiares da comunidade mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todos e em cada uma das etapas do desenvolvimento, com um espírito de auto-responsabilidade e auto-determinação" (SSBES, 1986, 1).

Atenção primária constitui-se no núcleo principal do sistema nacional de saúde, e um fator de grande relevância para o desenvolvimento social e econômico local.

"Representa o primeiro nível de contato entre os indivíduos, a família e a comunidade com o sistema nacional de saúde, levando o mais próximo possível a atenção de saúde ao lugar aonde residem e trabalham as pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária" (SSBES, 1986, 2).

Desta forma a Secretaria teve que se organizar procurando evitar o paralelismo de ações, a superposição de clientela, na alocação de recursos financeiros e distribuições inadequadas dos serviços, dos mais simplificados aos de maior complexidade (SSBES, 1986).

Os projetos implantados possibilitaram trabalhar com a população organizada, buscando ultrapassar o limite da atenção primária e instaurando um sistema de complexidade crescente, que tiveram início com poucos atendimentos semanais, tornando-se diários e com especialistas de várias áreas. O nível, secundário, estava sob responsabilidade do PAM-INAMPS e o terciário com quatro hospitais no município (SSBES, 1985).

Todos os projetos elaborados eram amplamente di-

vulgados na imprensa local a fim de divulgar seu significado. Este fato, contribuiu para que a Secretaria crescesse em legitimidade.

No contexto da implantação das Ações Integradas de Saúde a equipe desempenhou um importante papel na relação com outras instituições - IIIº CARS e INAMPS, buscando a integração e unificação institucional. Isto tornava o trabalho conhecido na região em função da abrangência do IIIº CARS. A experiência era vista como um modelo de políticas de saúde participativa, por esta razão vários municípios da região, administrados pelo PMDB, procuravam implantar as Ações Integradas de Saúde, sob orientação da Secretaria de Saúde e Bem-estar Social do Município de Criciúma.

Esta relação com os demais municípios, possibilitou a criação da Associação dos Secretários Municipais de Saúde - ASSESC - para servir de ligação entre os vários projetos municipais que passaram a ser organizados. Esta perspectiva está relacionada com a ampliação do Movimento Sanitário na esfera institucional, no contexto de preparação da VIIIª Conferência Nacional de Saúde, que fortaleceu o sistema unificado e descentralizado de saúde, fazendo da proposta de sua implantação efetiva a adoção das seguintes estratégias:

- "a) Repasse das redes próprias de saúde do INAMPS nos Estados para as Secretarias estaduais e municipais de saúde, a partir da assinatura de termos de adesão aos convênios SUDS nestas esferas;
- b) Repasse dos recursos financeiros necessários à manutenção destas redes, bem como recursos destinados ao custeio da isonomia salarial entre os funcionários locais e os do INAMPS nas redes estaduais e municipais, além de recursos destinados a ampliação destas redes tendo em vista os propósitos de universalização da cobertura;
- c) Repasse da administração dos contratos e convênios do INAMPS com a rede privada prestadora de serviços para as Secretarias estaduais e municipais de saúde;
- d) Unificação da rede do INAMPS, do Ministério da

Saúde e dos Estados e Municípios, em cada esfera descentralizada, a partir de um comando único e um planejamento integrado ao uso dessa rede em cada esfera local;

e) Extinção das Superintendências Regionais do INAMPS com o conseqüente esvaziamento de suas funções executivas e criação dos Escritórios Regionais de Saúde do INAMPS, que passariam a ter apenas função de acompanhamento e controle das ações de saúde desenvolvidas nas localidades. A Direção Geral do INAMPS passaria da mesma forma a ter função meramente normativa e de controle;

f) Criação da Programação e Orçamentação Integrada (POI) pelo INAMPS, como instrumento a ser aplicado em todos os níveis descentralizados desagregados (distritos sanitários) até os mais agregados (estados)" (ABRASCO, 1989, 38).

As estratégias acima não foram adotadas de forma imediata, e muitas delas, ainda, não estão em vigor. A implantação da POI e o repasse de recursos para a manutenção de redes ambulatoriais resistem ao clientelismo político. A isonomia salarial, está longe de ser implantada, apesar da importância dada à temática na IXª CNS (1992). As demais estratégias estão diretamente ligadas à unificação institucional dos serviços de saúde, e foram muito dificultadas por interesses político-corporativos, pois, representam uma ameaça para setores empresariais, categorias profissionais, grupos políticos e partidos que buscam utilizar as instituições como instrumento de poder. Deste modo, o desafio da unificação do sistema, apresenta-se, essencialmente como um problema político. A experiência desenvolvida a nível local e nacional, mostrou que, os mecanismos de integração - convênio, planejamento integrado, termos de compromisso - não são suficientes para resgatar a função pública do SUS. Na prática, o sistema único, não existe se o poder local, não tem competência legal e técnica para integrar a rede hospitalar ao modelo. A unificação parcial, resulta numa municipalização incompleta, restando aos municípios o comando de ações básicas, atendimento às urgências e algumas especialidades (Campos, 1992). Isso também ocorreu no

Município de Criciúma, porém, buscando ampliar esta nova perspectiva no setor saúde, a Secretaria desenvolveu um trabalho de caráter regional, que culminou na criação da ASSESC, conseguindo dar a tônica para a política de saúde na SSBES (Criciúma), no INAMPS, e em outras prefeituras da região, isto, representa apenas o início da implementação de um novo sistema de saúde. A SSBES, não tinha competência para integrar a rede hospitalar ao modelo. Não houve unificação. A novidade consistiu numa tentativa de integração institucional. O trabalho atingiu a fase das AIS, e do SUDS embora do ponto de vista formal, este não tenha sido criado, pois, mesmo com o impacto dos trabalhos desenvolvidos no setor saúde, a Câmara Municipal de Vereadores negou o pedido de sua criação enviado pela SSBES. Este fato pode constituir-se num indicador do isolamento desta na Prefeitura, pois, os vereadores vinculados politicamente à administração também manifestaram-se contrários ao pedido. Significa ainda uma diferença entre o projeto político da administração e o da SSBES. A primeira tinha um vínculo com o empresariado local e a segunda buscava transformar o aparelho institucional, direcionando o poder político às classes populares, na adoção de políticas descentralizadas e participativas e na universalização dos serviços. Essa perspectiva, implicou em conflitos com o setor empresarial e o poder médico local.

Apesar dessas diferenças, a PMC respeitava o trabalho implementado, por sua popularidade e pelo fato de não depender financeiramente da administração municipal. Os projetos da atenção à saúde, articulados ao movimento nacional pela Reforma Sanitária tinham outras fontes de financiamento, a exemplo do MPAS e do INAMPS.

No prazo de seis anos a Secretaria foi gradativamente implantando uma rede ambulatorial, que no final da administração contava com 40 Unidades de Saúde. As tabelas abaixo mostram a evolução da implantação desta rede.

Tabela 5
CRESCIMENTO DA REDE AMBULATORIAL
NO PERÍODO 82/86

Ano	Quantidade de Ambulatórios
1982	--
1983	03
1984	07
1985	12
1986	25

Fonte: SSBES-Criciúma

Tabela 6
DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS POR CATEGORIA FUNCIO-
NAL NA SSBES-CRICIÚMA NO PERÍODO 82/86

Profissionais	1982	1983	1984	1985	1986
Médicos	02	06	08	10	19
Atendentes enfer.	02	08	13	27	48
Enfermeiros(as)	00	02	03	04	04
Bioquímicos	00	00	00	00	01
Apoio Administ.	01	02	02	05	09
Assist. Social	01	04	05	04	03
Sociólogo	00	01	01	01	01
TOTAL	06	25	33	38	96

Fonte: SSBES - Criciúma

Tabela 7
CRESCIMENTO DO NÚMERO DE ATENDIMENTOS MÉDICOS NO PE-
RÍODO 84/85

Ano	Total de Consultas	N. de Encaminhamentos
1984	6.518	165
1985	11.773	586
Total	17.291	751

Fonte: SSBES-Criciúma

Tabela 8

DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS POR CATEGORIA FUNCIONAL NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DE CRICIÚMA - 1985

Instituição Profissionais	INAMPS		SES		SSBES	
	84	85	84	85	84	85
Assistente Social	01	03	02	03	05	04
Bioquímico	01	02	07	07	--	--
Médico	63	63	19	23	08	10
Odontólogo	12	12	03	04	03	08
Enfermeiro	06	06	03	06	03	04
Sociólogo	--	--	--	--	01	01
Técnico em Enfermagem	-	--	--	01	--	01
Auxiliar em Enfermagem	25	25	03	03	02	05
Atendente	12	12	16	20	13	27
TOTAL	119	123	53	67	31	52

Fonte: SSBES - Criciúma

Os dados desta última tabela mostram um crescimento maior dos serviços prestados pela Secretaria Municipal de Saúde, não havendo ampliação da cobertura pelo INAMPS e muito pouco pela SES. Segundo a tabela 5, nos anos 84/85, a rede ambulatorial cresceu de 7 para 12 postos de atendimento, ao passo que na SES aumentou de 4 para 7 postos. Comparando o número de médicos que a SES e a SSBES tinham em 1985, a última fazia um número maior de consultas com um número menor de médicos. Ainda em 1985, houve uma diminuição do número de consultas no Posto de Atendimento Médico - PAM - e o setor público tornou-se responsável por 62,50% das consultas previstas no município (SES/SSBES, 1986). As demais tabelas apresentam o desenrolar dos trabalhos de implantação de uma rede ambulatorial de 25 unidades sanitárias no prazo de 3 anos, constatando-se melhorias em termos do quadro profissional e do volume de atendimento médico.

O município tinha 2 laboratórios administrados pelo setor público, 4 hospitais, vários consultórios médicos, odontológicos e laboratórios privados, e, aproximadamente 12 clínicas privadas. Naquele momento (1987), contava com: 160 médicos, 40 enfermeiros, 86 cirurgiões dentistas, 60 farmacêuticos bioquímicos. As unidades de saúde, os profissionais e o atendimento eram distribuídos da seguinte forma:

Tabela 9
DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES E PROFISSIONAIS POR CATEGORIA FUNCIONAL NA REDE PÚBLICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA - 1987.

Instituição	SSBES	SES	INAMPS	Total
Unidades ou Profissionais				
Unidades de saúde	28	10	01	39
Laboratórios	01	01	--	02
Atendente/aux. enfermagem	57	36*	21	114
Enfermeiros	07	03	06	16
Dentistas	14	04	12	30
Auxiliar de odontólogo	06	--	--	06
Médicos	23	21**	60***	104
Farmacêuticos/bioquímicos	02	06	02	10
Outros	07	21	--	28

* 11 atendentes sem vínculo empregatício

** 04 médicos sem vínculo empregatício

*** 29 médicos prestavam assistência nas clínicas básicas

Fonte: Serviços de Epidemiologia e Estatística da SSBES-PMC.

Tabela 10
ATENDIMENTO EM SAÚDE NA REDE PÚBLICA MUNICIPAL NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 1987

Tipo de atendimento	INAMPS	%	SES	%	SSBES	%
Procedimento de enfermagem	65.652	30,84	45.279	21,26	101.958	47,90
Consulta médica	45.477	51,41	16.232	18,35	26.747	30,23
Atend. Odontológico: procedimento	12.735	50,00	4.442	17,44	8.294	32,56
TC	--	--	33	5,10	613	94,90
Serviços auxiliares de diagnose	--	--	13.114	56,70	10.011	43,30

Fonte: Serviços de Epidemiologia e Estatística da SSBES-PMC.

O principal destaque da tabela 9 é o grande número de unidades de saúde administradas pela Secretaria Municipal de Saúde, comparado às demais esferas governamentais. O outro refere-se à quantidade de médicos que possuem vínculo com o INAMPS, atingindo cerca de 57,6%. Este fato caracteriza a assistência médica, como principal atividade desses profissionais. O terceiro e último elemento a ser levantado é a baixa quantidade de enfermeiros nestas instituições. A primeira questão reforça a ênfase que a SSBES deu ao acesso. As demais colocam-se como elementos preocupantes para sua viabilização de forma mais ampla (SSBES, 1987).

O principal destaque da tabela 10 é um alto percentual no atendimento de enfermagem a nível dos serviços municipais. O atendimento médico tem uma produção menor que o INAMPS, mas o número de médicos também é menor. De qualquer modo, ambos revelam uma melhoria na organização dos serviços e no acesso ao atendimento (SSBES, 1987).

A Secretaria procurou desconcentrar a assistência médica, até então, baseada no atendimento hospitalar. Este, além de encarecer a prestação de serviços, exige da

população o deslocamento até os hospitais, que normalmente estão superlotados e não tratam as doenças a partir de suas causas. Partindo do marco zero foi implantada uma rede de serviços que no final da administração, contava com 40 ambulatorios médicos e 150 servidores lotados na Secretaria de Saúde.

De acordo com os dados desta eram realizadas 10.000 consultas médicas, 40.000 atendimentos de enfermagem, 5.000 atendimentos odontológicos, 1.500 exames de análises clínicas e 30 reuniões comunitárias por mês.

A expansão da rede ambulatorial causou um impacto na população e, nos serviços de saúde, tanto públicos, quanto, privados. Os representantes da sociedade civil entrevistados viam com simpatia, a instalação de postos de saúde próximo a suas casas, bem, como a concretização de uma experiência de saúde pública e comunitária. De acordo com os entrevistados, as dificuldades encontradas na implementação do novo sistema de saúde foram as seguintes: falta de apoio do Governo do Estado; conflitos internos de natureza político-partidária; deficiências no aspecto sanitário e ambiental, crescente valorização do aspecto curativo em função de pressões políticas e populares, apesar de tentativas na inversão da tendência curativista dominante.

A implantação das AIS através de expansão da rede, e da relação com as demais instituições públicas, do setor saúde, também, foi dificultada pelos médicos conservadores pela SES, III^o CARS, INAMPS, partido e profissionais do Estado, em função da perda de seu espaço operativo. Por esta razão, haviam boicotes, a nível da referência e contra-referência, tornando o trabalho exequível no âmbito do Posto de Saúde, e, precário nos demais níveis.

Na busca de equacionamento desses problemas a SSBES procurava fazer um trabalho de reeducação entre os diversos segmentos sociais envolvidos. Para tanto, buscou

resgatar o sentido da dignidade das diversas profissões, propiciando a participação das categorias atuantes no setor saúde. Os profissionais, que coordenavam a SSBES, expressavam o entendimento de que:

"...todo processo de hegemonia deve fazer convergir os interesses das forças que se unirão em torno de uma nova proposta. No caso da Reforma Sanitária, como sabemos, esta convergência que liga o espectro de forças em torno do Movimento Sanitário é a idéia da saúde como um direito de todos e dever do Estado, que deve cristalizar-se em um Sistema Nacional de Saúde descentralizado e unificado, com efetiva participação da população organizada". (Fleury, 1989, 94).

A persuasão foi possível, junto a parcela do funcionalismo público do setor saúde, porém, esbarrava no conflito com o complexo-médico industrial. A criação de um laboratório de análises clínicas rompeu a contratação desse setor, tornando-se um grande desafio, pois, a SMS passou a cobrir 80% de uma demanda de 1.500 exames mensais.

As equipes eram compostas por profissionais vindos de outros municípios. Os médicos conservadores, não se conformavam com o fato, sentiam-se muito desafiados por um grupo de profissionais jovens, que os ameaçavam do ponto de vista político, econômico e profissional. Apenas se conformariam quando conseguissem "expulsá-los" da cidade.

Além de cumprir um importante papel político no âmbito municipal, a SSBES, também o fez no âmbito regional, desempenhando funções que na verdade eram do IIIº CARS. Este, não desenvolvia o trabalho necessário para a implementação das AIS e do SUDS na região, por não concordar com esta perspectiva. Neste contexto, a SSBES desempenhou um importante papel na preparação da VIIIª Conferência Nacional de Saúde, divulgando-a na região e realizando sua etapa municipal, bem como, participando das eleições de 1986. Estes dois acontecimentos foram fundamentais pa-

ra a ampliação do trabalho desenvolvido pelo setor.

A VIIIª CNS (1986), trouxe uma série de conquistas, assim, como a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, porém, após sua realização a questão central estava em aprová-las na Assembléia Nacional Constituinte. Isto foi um fator fundamental para que os profissionais da SMS de Criciúma, participassem ativamente da campanha eleitoral, apoiando a candidatura a Constituinte de Valmor de Lucca (PMDB). Eduardo Pinho Moreira (PMDB) era visto como defensor de propostas antagônicas à perspectiva da Reforma Sanitária. O entusiasmo, expresso na campanha para os cargos proporcionais, não era o mesmo para os cargos majoritários onde Pedro Ivo Campos, disputava o Governo do Estado. O setor privado, também, organizava campanhas com o objetivo de defender seus interesses na Assembléia Nacional Constituinte, embora não estivesse apenas preocupado com a área da saúde. Com base na denúncia de corrupção e empreguismo Pedro Ivo, elegeu-se governador de SC (Da Ros, 1986).

O poder de influência da Secretaria Municipal de Saúde, do ponto de vista, popular e institucional foi ampliado após a eleição de Pedro Ivo Campos, com a ocupação de dois cargos na SES, pelo município de Criciúma: Diretor Geral e o Coordenador de Planejamento. Tivemos também outros sanitaristas, na direção do INAMPS e do DSP.

Estas mudanças ampliaram as possibilidades de integração institucional na implantação do sistema unificado e descentralizado de saúde enquanto estratégia de consolidação do SUS no plano municipal e estadual.

Os compromissos da direção geral do INAMPS, com este modelo assistencial contribuíram para viabilizar o convênio AIS, no Município de Criciúma, assim como fortaleceu a integração institucional do ponto de vista político e econômico. A relação da SSBES com o INAMPS, fortaleceu-se com o trabalho de Hésio Cordeiro, a nível federal, Ricar-

do Baratieri, a nível estadual e inicialmente, Biazze Knoll e Ana, a nível municipal. Além disso, em cada esfera governamental no Estado de SC, já havia profissionais comprometidos com a perspectiva da reforma sanitária. No período pós-eleitoral (março/87 - março/88), segundo Da Ros (1991), a SSBES, adotou dois caminhos: um na SES e outro no Município. No primeiro conseguiu desempenhar um importante papel político, a nível da CIS estadual, propondo estratégias para a consolidação do SUDS no Estado, opondo-se frontalmente, ao então Secretário Estadual de Saúde, Martinho Guizzo. Porém, estes setores não tinham tanta força quanto pareciam ter. No prazo de dois anos, houve a queda de dois postos ocupados pela equipe de Criciúma na SES. O SUDS, enfrentou dificuldades de implantação em função dos conflitos políticos existentes no Estado. A Nova República é colocada em descrédito com consequente perda de espaço eleitoral em Criciúma.

No Município, por um lado, Rosálie Knoll, está em ascensão. O curso de saúde pública ganha peso, bem como a criação da ASSESC e o vínculo com os municípios da região. Por outro, a Constituinte está em cena e Pinho Moreira, vota contra todos os interesses populares na Constituinte, ao mesmo tempo, que é candidato a prefeito (1988). A SSBES, não fez sua campanha de forma efetiva, houve um crescimento não visto do PT e após todo esse trabalho, o PDS saiu vitorioso nas eleições municipais de 1988, parализando as atividades até então desenvolvidas no contexto do projeto de Reforma Sanitária.

SÍNTESE

A administração Hülse significou a implementação de melhorias no município de Criciúma, mesmo assim, estas não implicaram em mudanças efetivas, em função dos limi-

tes da administração municipal e dos compromissos da PMC com o setor empresarial.

A pesquisa de campo revela melhorias no âmbito dos problemas de meio-ambiente, abastecimento de água, esgoto, lixo e habitação, mas também mostra limites no sentido de que as soluções apresentadas foram paliativas.

A política de saúde consistiu na adoção de medidas de caráter sanitário e na implementação de um novo sistema de saúde no contexto das AIS e do SUDS.

Estas baseavam-se na organização de uma rede de 40 unidades de saúde, transformando o aparelho institucional responsável pela regulamentação da assistência à saúde e deslocando o poder político em direção aos setores populares, a fim de consolidar o Sistema Único de Saúde.

Capítulo 3

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DESCENTRALIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO

A descentralização das políticas de saúde no Brasil significou importantes mudanças no modelo assistencial, embora de uma forma geral esteja mais restrita ao aspecto administrativo. Sua implementação resultou em alguns tipos básicos de municipalização.

No município de Criciúma a descentralização foi limitada, caracterizando-se mais como desconcentração do que como divisão real de poder. A adoção de políticas participativas trouxe importantes contribuições, mas apresentou limites e contradições.

3.1 - DEMOCRATIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.

A maioria dos autores, que abordam o tema da descentralização entendem como um de seus objetivos a necessidade da democratização do Estado, e promoção de justiça social, através de políticas sociais mais eficientes (Neto, 1992). O processo de democratização coloca este tema como uma questão fundamental, na medida em que a existência de um estado centralizado representa um fator negativo, tanto do ponto de vista funcional (ineficiência de políticas setoriais e dos serviços públicos), quanto

do ponto de vista democrático no que se refere à sua adequação para viabilizar e promover a participação e as reformas sociais.

A centralização distancia os centros decisórios dos cidadãos, questiona e desprestigia as instâncias de representação, além do que, a burocratização da política facilita a ação de grupos de pressão na obtenção de poder decisório, que favorece seus interesses, resultando na desqualificação crescente da política, dos partidos e do sistema político democrático (Jacobi, 1990).

No plano político-administrativo, a descentralização significa possibilidade de ampliação de direitos, a autonomia da gestão municipal, a participação cotidiana dos cidadãos, e a redistribuição eficiente dos escassos recursos públicos, contribuindo para a diminuição da distância histórica entre a sociedade e o Estado, e, possibilitando, a redistribuição de serviços para a população (Neves, 1987).

A descentralização trata fundamentalmente, da distribuição de poder e atribuição de competências às diferentes esferas do governo. Enquanto, parte da estratégia de democratização, ultrapassa o limite de uma formulação técnico-administrativa, assumindo valores finalísticos como: a universalização, a equidade e o controle social, que não são enfatizados em uma perspectiva apenas racionalizadora. Desta forma, permite ajustar os programas e planos de desenvolvimento às necessidades regionais, reduzindo gastos burocráticos com o nível central. Contribui também para a formulação de planos mais realistas através do contato com a esfera local. Permite, finalmente, maior equidade no uso de recursos governamentais, além de ser um requisito importante para institucionalizar a participação dos cidadãos na administração e planejamento, e possibilita um ganho de eficiência na gestão comunitária (Fleury, 1992).

No âmbito das políticas de saúde pode significar uma mera reforma administrativa, ou, uma reforma sanitária, que mude as precárias condições de vida da população, e o modelo assistencial no país. Em termos propositivos o Sistema Único de Saúde está identificado com esta última alternativa, embora, seja importante salientar que não há reforma sanitária sem reforma administrativa. Neste sentido, a experiência de implantação do SUDS, atual SUS, foi caracterizada por reestruturações na organização dos serviços de saúde, antecedida por formulações, que sustentavam esta perspectiva a nível do poder central, a exemplo das Ações Integradas de Saúde (Temporão, 1989). Essas foram fortalecidas com as eleições de 1982, pois, a legitimidade dos governos estaduais, contribuiu para que as pressões em favor da descentralização levassem à realização de convênios (AIS). Em 1984, foi adotada como estratégia nacional de reordenamento da política de saúde e todos os estados brasileiros estavam envolvidos com sua implantação.

Com o processo de democratização do país e a consolidação da Nova República, cria-se um clima favorável às teses da descentralização e municipalização da saúde, expressa nos documentos, que servem de base à política nacional para o setor. A VIIIª Conferência Nacional de Saúde, fortalece esta perspectiva, na medida em que é entendida como evento mais significativo no processo de construção da estratégia de democratização da saúde em toda a sua história. Pela primeira vez, foi aberta à participação da sociedade civil, com representantes de todos os estados, debatendo temas como: financiamento, organização dos serviços, participação, recursos humanos, papel da ciência e tecnologia em saúde e outras teses, que fizeram desta a pré-constituinte da saúde (Nascimento, 1991). Este quadro proporciona a realização de mudanças no modelo assistencial brasileiro, que, segundo Campos

(1992) teve como característica principal, o crescimento dos serviços públicos municipais através do destaque à atenção básica, pois, a democratização dos serviços implicou na sua ampliação. Desta forma, a assistência médica foi assumida pela rede básica dos serviços de saúde, buscando considerar a qualidade do atendimento. Na medida em que cresce o volume deste, passa a priorizar a quantidade, sem aumentar a qualidade. Esse crescimento quantitativo causou um impacto na prestação de serviços, fazendo da extensão um passo para a universalização (ABRASCO, 1989).

Além do crescimento em quantidade no atendimento, houve também, um crescimento do nível de satisfação da população, pelo menos no que se refere à oferta de serviços, pois, a ampliação destes, foi realizada no contexto dos recursos humanos e tecnológicos disponíveis. A prestação de serviços, possibilitou o desenvolvimento de projetos de recuperação, e aumento da resolutividade em alguns Estados, com alteração das bases tecnológicas da rede pública e ampliação do número de laboratórios, serviços odontológicos e outros equipamentos. Além disso, foi possível fazer a combinação de medidas preventivas, com medidas curativas, em diferentes níveis e locais; equalizar o atendimento urbano e rural em algumas localidades e implantar projetos de saúde do trabalhador, práticas alternativas mais associadas à homeopatia, acupuntura e farmácia de manipulação e, em menor escala, o controle de condições ambientais (ABRASCO, 1989).

Apesar destas conquistas, a implantação do Sistema Único de Saúde, esbarra numa série de entraves que precisam ser considerados. A descentralização no período analisado (83-88) abrange a fase das AIS e do SUDS. Seu desenvolvimento foi muito conflituoso a nível das diferentes instituições governamentais, caracterizando-se paradoxalmente como centralizadora, fortalecendo a

concentração de poder nas Secretarias Estaduais de Saúde, que, por sua vez, tinham a responsabilidade de repassar os recursos da previdência para os municípios (ABRASCO, 1989).

Segundo Temporão a nível das Secretarias Estaduais, o SUDS, reforçou o poder dos secretários, sem necessariamente ampliar o espaço político ocupado pelas secretarias, ao passo que, no plano municipal significou um fortalecimento do secretário e ampliação da presença política da Secretaria de Saúde frente às demais. Tendo a base institucional prévia das AIS em vários municípios levou a criação de Secretarias Municipais de Saúde, com a vinda de recursos para implantação de convênios. Na existência de incompatibilidade entre os níveis estadual e municipal, foi possível a realização de entendimento direto com o MPAS.

A descentralização trouxe importantes mudanças para o modelo assistencial, porém, estas limitaram-se ao aspecto formal, ficando restritas a um processo administrativo, sem transferência de poder de forma efetiva, sem autonomia política e financeira e sem democratização das relações sociais no plano local, caracterizando a implantação do novo sistema muito mais como desconcentração. Isto reflete as dificuldades e limites existentes no sentido de que a descentralização em si, não garante a democratização e a recuperação do caráter público do setor saúde, pois, os mecanismos clientelistas são muito fortes a nível local e contribuem de forma decisiva para a privatização do público. Da mesma forma não assegura a participação popular e o controle social, uma vez que, estes dependem do contexto político nacional, do governo local e da organização da sociedade civil. Encontra-se também dificuldades referentes à resistência das instâncias estadual e federal, pelo fato de se beneficiarem da centralização como recurso político na relação com os

municípios. Por esta razão, a resistência se fortalece no âmbito da descentralização financeira com base em 4 argumentos principais: 1) desvio fraudulento de recursos; 2) diminuição de recursos municipais com o aporte financeiro da União; 3) repasse sem critério para o setor privado, ampliando o grau de privatização do Estado; 4) pulverização de recursos, diminuindo a capacidade de causar impacto e transformar o atual modelo e o quadro sanitário por inadequação política e técnica (Neto, 1992). Estes argumentos, os interesses econômicos, a interferência político-partidária, os problemas relacionados a recursos humanos, o clientelismo e a falta de uma tradição de municipalização dos serviços constituem-se em grandes dificuldades para a descentralização das políticas de saúde.

Refletir sobre os problemas enfrentados no processo de descentralização nos remete à questão da municipalização enquanto estratégia de descentralização, pois, é no município que o cidadão expressa suas necessidades, sendo, portanto, nesta esfera que as decisões devem ser tomadas. Deste modo, a implantação do SUS representa mudanças no sistema, contemplando a participação popular para que os cidadãos possam apresentar propostas e deliberar sobre a política de saúde, considerando a realidade local associada às diretrizes do Sistema Único (Fé, 1991).

3.1.1 - MUNICIPALIZAÇÃO

No processo de implantação das AIS e do SUDS, desenvolveram-se algumas formas básicas de municipalização, quais sejam: prestação de serviços, inampização e distritalização.

A primeira "...resulta de uma prática de municipalização onde não há transferência da gestão ao município e onde, ademais, não ocorre uma mudança de modelo assistencial". A segunda "...deriva de uma visão de municipalização, onde há uma transferência da gestão ao município ainda sob a precariedade do mecanismo convencional - mas sem haver, concomitantemente, uma mudança do modelo assistencial". A terceira "...coloca uma opção de municipalização onde há transferência de gestão, com mando único municipal, a par de uma mudança de modelo assistencial que passa a ser hegemonizado pelo paradigma epidemiológico e, não mais pelo da clínica" (Mendes, 1992, 15).

Quadro 1
FORMAS DE MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Modelo Assistencial	G E S T Ã O	
	Sem transferência ao município	Com transferência ao município
Sem mudança do paradigma assistencial	Prestação de serviços	Inampização
Com mudança do paradigma assistencial	---	Distritalização

Fonte: Mendes, 1992.

Segundo Mendes (1992), a prestação de serviços é a forma mais comum de municipalização no Brasil. É realizada através de convênios que repassam recursos financeiros aos municípios, com transferência negociada a partir de critérios normativos centrais. Tais recursos, custeiam atividades ambulatoriais e hospitalares. Essa forma de municipalização tem início nas AIS, amplia-se no SUDS, e passa a se consolidar na fase do SUS. Nela os problemas federais são transferidos para a esfera municipal, contribuindo para descentralizar os serviços, mas não se identifica com o entendimento de sistema único de saúde definido na Constituição, pois, ao instituir o município como prestador de serviços estabeleceu-se como uma forma

de assistência médica voltada para os setores marginalizados da sociedade, tornando-se funcional ao projeto neoliberal.

A municipalização-inampização exercita a intermediação de relações clientelísticas entre Estado e sociedade transformando-se numa nítida instituição de apropriação privada, fortalecendo a privatização do Estado, através da consolidação do modelo clínico de atenção médica bastante enraizado na burocracia da previdência social. Essa municipalização, também, não cumpre com os princípios constitucionais do sistema único por limitar seu espaço de atuação à atenção médica, sem contribuir para a mudança dos baixos níveis de saúde da população. Mesmo assim, tem vantagens em relação à primeira, pelo fato de instituir o mando único municipal. Temos poucos casos de municipalização-inampização no País, mas é a forma mais reivindicada por prefeitos e secretários, por permitir mais poder através do mando único e aumentar a quantidade de atendimento médico para populações de baixa renda onde a representação da saúde está relacionada ao momento autopercebido da doença (Mendes, 1992).

A distritalização está relacionada à proposta de distrito sanitário (artigo 10º da Lei 8.080/90) concebido como:

"...processos sociais de mudança das práticas sanitárias, de natureza tática, referidas pela estratégia da Reforma Sanitária, direcionados no sentido do cumprimento dos objetivos do Sistema Único de Saúde e que se manifestam no espaço local, onde se estabelecem, sob gestão democrática e de mando único, relações transacionais entre as instituições de saúde, públicas e privadas conveniadas e contratadas, reorientadas de acordo com certos princípios organizativo-assistenciais, e a população, com suas diferentes necessidades, demandas e representações, delimitadas por um território" (Mendes, 1992, 15).

A distritalização enquanto forma de municipalização traz importantes mudanças no plano institucional, pois, implica em transferência de gestão com mando único,

transformando as práticas sanitárias.

Outra forma de municipalização dos serviços de saúde é a prefeiturização. Esta caracteriza-se pela concentração da gestão na prefeitura reproduzindo a perspectiva clientelístico-corporativa, como forma de apropriação excludente do mando único municipal (Mendes, 1992).

Segundo Paim (1991, 27) devemos reconhecer que o sentido político da municipalização depende da correlação de forças, das estratégias e do dinamismo com que possa ser conduzido o processo em cada conjuntura. Desta forma, pode significar reprivatização ou implantação de um sistema de saúde de caráter público. Uma municipalização substantiva é pertinente, mas não podemos deixar de perceber os riscos de uma municipalização conservadora através do uso de mecanismos capazes de descaracterizar o SUS, expandindo a mercantilização da saúde e desconsiderando a necessidade da Reforma Sanitária.

Apesar da atual tendência ao fortalecimento de formas de municipalização conservadoras - prestação de serviços e prefeiturização -, o período 83-88, foi mais favorável à municipalização - distritalização, possibilitando o desenvolvimento de experiências coerentes com o projeto de Reforma Sanitária. Neste período, destaca-se o processo constituinte e a elaboração da Nova Carta Constitucional, promulgada em 5 de outubro de 1988. Esta expressa a institucionalização do SUS - Sistema Único de Saúde - cujo controle é realizado pelo Estado, com atendimento gratuito a todos os cidadãos e sua descentralização baseada na participação da comunidade representando um marco na seguridade social que passa a ser organizada com os objetivos explícitos de universalidade de cobertura (Médici, 1989).

A reforma do modelo de prestação dos serviços partiu do reconhecimento de que o modelo de organização dos serviços médico-hospitalares passa por uma crise de eficá-

cia, diminuindo a resolutibilidade das doenças tornando-se necessário prevenir o agravamento de situações de risco para a saúde das pessoas e da coletividade. O município de Criciúma foi uma importante experiência no Estado de SC na implantação do novo modelo de serviços de saúde, pois, a partir da implantação das Ações Integradas de Saúde (1984), consegue destacar-se na organização de uma rede de serviços descentralizada e participativa, embora a forma de municipalização tenha características de inampização, considerando-se que o modelo assistencial foi transferido para o município, não chegando a se caracterizar como distritalização.

3.2 - A DESCENTRALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA.

A Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social no município de Criciúma, procurou fazer uma gestão democrática na administração e implantação, dos serviços de saúde, direcionando a aplicação de seus recursos de acordo com os interesses da maioria da população, buscando criar condições para a ampliação dos direitos sociais, assumindo a perspectiva da saúde como direito de todos e dever do Estado, como uma questão paradigmática.

A equipe composta por profissionais participantes do movimento sanitário assumiu o desafio de implantar um sistema de saúde, significando,

"... a descentralização das ações na área de saúde, conferindo ao município a responsabilidade de decidir e agir neste campo. O deslocamento desta responsabilidade exige, respaldado na lei, o repasse de recursos financeiros imprescindíveis à assistência médico-odontológica, ao saneamento

básico, à fiscalização e controle dos serviços privados de saúde, à vigilância epidemiológica e sanitária. O SUS implica gestão democrática, criação do conselho municipal e participação da sociedade nos vários níveis de decisão. (...) Foi uma das poucas áreas em que se conseguiu unidade em torno de uma política setorial que trazia de fato melhorias para amplas parcelas da sociedade" (Bittar, 1992, 139).

Nesta perspectiva a descentralização apresenta-se como oposição à centralização, enfatizando a distribuição do poder no plano decisório e nas ações entre o governo central e as unidades de governo local (Vieira, 1979). Portanto, a nível das políticas de saúde pode ser concebida como distribuição de poder, responsabilidades e recursos para a execução e gerenciamento de serviços públicos nas diferentes esferas governamentais, buscando implantá-la do ponto de vista político e operacional. Sua implantação complexifica a administração pública, à medida que, aumenta os níveis decisórios, amplia os quadros técnicos e criam-se novos espaços na prestação de serviços. Deste modo, a Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social - SSBES, do Município de Criciúma (83-88), ao desempenhar sua função de coordenação, controle, avaliação e proposição, implantou uma rede de 40 Unidades Sanitárias, distribuídas em 6 regionais no primeiro nível regionalizado (regiões de Rio Maina, Forquilha, Pinheirinho, Próspera, Santa Luzia e região Central). As três primeiras em sua área central, tinham uma unidade de saúde de administração municipal e outra estadual.

Isso possibilitou a extensão da cobertura e uma distribuição mais adequada dos serviços, facilitando o acesso.

A implantação das AIS e do SUDS, a nível nacional e municipal, possibilitou, uma redistribuição de competências nos serviços de saúde.

No plano político administrativo, houve ampliação de direitos, criação da secretaria e o uso de instrumentos

adequados para a redistribuição de recursos. Isto contribuiu para garantir sua viabilidade econômica, resultando em mais eficiência no uso e redistribuição do orçamento público.

Na Secretaria Municipal de Saúde predominava a concepção de descentralização expressa anteriormente. Apesar disso, enfrentava dificuldades na sua implementação, caracterizada por Mendes (1992) como "o consenso do discurso e o dissenso da prática social", considerando que sua concepção de descentralização na prática era reduzida à noção de desconcentração pelo fato de que a secretaria dependia de mecanismos como convênios para transferência de recursos e tarefas, sem que houvesse transferência de poder das autoridades centrais para os representantes locais. As ações governamentais concentravam o poder de decisão e controle nas autoridades centrais. Neste sentido, a experiência foi viabilizada por ter o apoio do Presidente Nacional e Superintendente Estadual do INAMPS, bem como, pelo fato de a partir de um dado momento ter havido deslocamento de quadros da SSBES para SES. Além disso, a SSBES defendia a descentralização do poder político na implantação das AIS e do SUDS, mas a participação na CIMS não tinha caráter deliberativo, era apenas consultivo. O poder de decisão continuou concentrado na secretaria. Nesse sentido a descentralização, limitou-se a desconcentrar os serviços, como foi exemplo a diminuição da fila do INAMPS, à medida que os usuários passaram a ser atendidos no Posto de Saúde. Embora a SSBES defendesse a perspectiva de distritalização dos serviços, aproximar-se mais da prefeiturização. O contexto de isolamento na PMC favoreceu setores conservadores do PMDB. Seu trabalho foi utilizado para fortalecer tais setores nas eleições, ganhando espaço a perspectiva da municipalização-prefeiturização. A Secretaria Municipal de Saúde defendia uma perspectiva de reforma sanitária, mas

fatores como a falta de integração institucional, os dados apresentados no capítulo anterior e as deficiências no aspecto sanitário e ambiental mostram que o modelo acabava tendo um tipo de atendimento centrado na atenção médica referenciada no modelo clínico.

Na área de recursos humanos, a Divisão de Educação em Saúde implantou um programa de educação permanente, através de encontros quinzenais. Realizou-se também, um curso de Especialização em Saúde Pública e um curso de Auxiliar de Enfermagem.

O curso de Saúde Pública (pós-graduação), foi ministrado pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul e pela Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP, através de convênio. Foi a primeira ou segunda experiência desconcentrada por parte da ENSP. Registrou-se uma racionalização das atividades à medida que, ao invés de se mandar uma pessoa para o Rio de Janeiro, os profissionais foram deslocados para atender um grupo mais amplo, aproximando-se da experiência que estava sendo realizada. O curso teve 30 alunos, sendo que a metade era da SSBES e as demais vagas foram abertas para instituições da região e interessados.

O curso para auxiliares de enfermagem e atendentes acontecia nos locais de trabalho e na Secretaria. Os médicos, assistentes sociais e enfermeiros tinham a obrigação de treinar tais profissionais, particularmente as atendentes, no trabalho diário, havendo também constantes debates sobre o Sistema Único de Saúde estimulando-os a fazer formação profissional na própria Secretaria. Foi realizado, após pressões do COREN treinando 40 pessoas.

Do ponto de vista institucional, inexistia uma política de recursos humanos na PMC. Havia um esforço nesse sentido, por parte da Secretaria de Saúde. Esta, conseguiu oferecer a melhor faixa salarial da prefeitura. Mesmo assim, não desenvolveu um plano de cargos e salários,

correspondente a uma política global de recursos humanos. A maioria dos entrevistados reconhecem que: Não houve concurso público; A contratação era escolha do Secretário(a); As atendentes eram eleitas; A SSBES não tinha poder para implantar a isonomia salarial, apesar de defendê-la.

Foi realizado um amplo debate sobre o orçamento municipal com a população. Para tanto, foram organizadas assembléias em diferentes regiões do município. Nessas fazia-se levantamento das principais necessidades da região e eram apresentados os recursos orçamentários da prefeitura. Seu principal limite, segundo os entrevistados, consistiu no fato de que apenas o debate era descentralizado, a decisão estava centralizada e não existiam medidas de descentralização orçamentária. Havia uma comissão composta paritariamente pelo poder público e pela comunidade, tendo por função acompanhar e fiscalizar o uso do dinheiro público. Embora esta medida se constituísse numa inovação, a comissão não tinha poder de decisão. Apesar do limite, a adoção desta medida conseguiu vincular os processos de democratização política.

A implantação de uma rede ambulatorial, significa o começo de um processo de descentralização dos serviços de saúde, que por um lado, permite o diálogo com a população e a participação, e, por outro, possibilita a democratização do ponto de vista de acesso aos serviços. Além disso, devemos considerar que o nível de decisão estando mais próximo à comunidade, contribui para as manifestações concretas de cidadania.

3.3 - A PARTICIPAÇÃO NO CONTEXTO DE IMPLANTAÇÃO DAS AIS E DO SUDS EM CRICIÚMA: CONTRIBUIÇÕES, LIMITES E CONTRADIÇÕES

A) CONTRIBUIÇÕES

No contexto da redemocratização do país, a Secretaria de Saúde e Bem-estar Social do município de Criciúma - SSBES - procurou adotar uma dinâmica de gestão descentralizada e participativa no processo de implantação das AIS e do SUDS.

Se a existência de organizações populares fortes a nível local pode ser considerada como um pré-requisito para o êxito de tais políticas, naquele momento (1983) as esperanças residiam na existência de setores vinculados a projetos progressistas na região.

Nesse contexto, a SSBES adotou uma estrutura capaz de implantar uma política de saúde participativa, a partir da criação do Departamento de Promoção Social.

Havia uma integração deste com o Departamento de Saúde, a fim de estimular a participação da população na implantação dos serviços neste setor. Para tanto, foram adotados critérios como: **prioridade para as comunidades mais organizadas, isto é, a instalação de postos depende de reivindicações comunitárias organizadas por Associações de Moradores.** Este fato nos remete ao seguinte quadro de organização das comunidades: a) Tínhamos, no município, apenas centros comunitários construídos e controlados pelo Estado, caracterizados por uma política clientelista, a exemplo do existente no bairro Próspera; b) A SSBES passa a desenvolver um programa que cria associações de moradores, originando a dupla organização das

comunidades; c) Havia no município entidades comunitárias chamadas Sociedade Amigos de Bairro, entre as quais, algumas tinham posições críticas e independentes das duas caracterizadas acima.

A organização das associações de moradores era estimulada pela Secretaria Municipal de Saúde, tanto priorizando o atendimento das comunidades organizadas, como prestando assessoria e ajuda para sua organização. Desta forma, **criava-se um vínculo da associação para com a Secretaria. Geralmente as reivindicações eram feitas a partir da implantação da unidade de saúde. Em todos os bairros onde eram instaladas, a associação de moradores era criada caso não existisse.**

As comunidades passavam a chamar a Secretaria para debates, buscando organizar-se em função do exemplo de conquistas obtidas em bairros vizinhos.

Com a criação das associações de moradores, as mobilizações comunitárias geralmente apresentavam reivindicações relacionadas à saúde, saneamento e meio-ambiente.

No entendimento da maioria dos entrevistados, a experiência de eleição das agentes de saúde e/ou atendentes de enfermagem(1) fortaleceu a organização das comunidades, a participação e a SSBES, constituindo-se numa importante manifestação da participação comunitária. A Secretaria decidiu inicialmente adotar tal procedimento, inscrevendo as candidatas, que se apresentavam para concorrer às eleições, contratando a vencedora, para tra-

(1) No início dos trabalhos a SSBES contratava agentes de saúde eleitas pela comunidade, sem que necessariamente possuíssem formação profissional para tal, bastando ter uma orientação mínima do ponto de vista técnico. Buscando melhorar a qualidade dos serviços passou-se a exigir formação técnica das candidatas a atendente.

balhar no posto de saúde. Isto contribuiu para que as pessoas vissem o posto como seu, tornando-se uma "coisa viva na comunidade", mas, ao mesmo tempo trouxe uma série de limites e contradições que serão abordadas no próximo item.

Aproximadamente um ano após as eleições, houve alguns casos de revogação de mandatos. A atendente de enfermagem, antiga agente de saúde, é destituída do cargo pela comunidade, por não corresponder às necessidades e expectativas criadas. Isto possibilitou avanços no estabelecimento de novos critérios para as eleições de atendentes. A partir dessas experiências, as candidatas deveriam ter algum tipo de formação ou experiência profissional na área da saúde.

A maioria delas buscavam cumprir com a função de elo de ligação entre a prefeitura, a associação de moradores ou centro comunitário e o posto de saúde. Além deste papel político de caráter mobilizatório, procuravam desempenhar o seu papel profissional de atendente de enfermagem, procurando junto com médicos e outros profissionais, combinar sua ação técnica e política. Apesar disto, em função de uma certa dependência para com os profissionais de nível superior, no aprendizado da profissão e na elaboração política, a maioria delas se mostravam dependentes da PMC. Uma parcela significativa das atendentes eram lideranças comunitárias que com o desenvolvimento da proposta de Ações Integradas de Saúde eram contratadas após as eleições.

O processo eleitoral em si e as campanhas das candidatas, eram muito ricas em participação. **Havia uma relação direta entre as candidatas e os moradores, pela proximidade.** A população participava da eleição e posteriormente do controle do posto. Houve um aprendizado no sentido de fiscalizar os serviços, reclamar quando os funcionários ou médicos faltavam, questionar o poder mé-

dico e as instituições.

A organização das associações de moradores, culminou na criação da UABC, que tinha assento na CIMS, enquanto representante deste setor social, bem, como, um representante comunitário, por regional.

A CIMS - Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde era composta paritariamente pelo poder público, setor privado e organizações comunitárias e sindicais. Dela faziam parte: FATMA, CASAN, SSBES-Criciúma, Secretaria Municipal de Meio-Ambiente, Sindicatos Municipal e Estadual de Educadores, Sindicato Rural, Sindicatos Urbanos, III^o CARS, UABC, representação de Associações de Moradores de cada Regional, Associação dos Hospitais, Câmara de Vereadores e outros. Do ponto de vista institucional o Conselho Municipal de Saúde não chegou a ser criado, mas houve um esforço por parte da Secretaria Municipal de Saúde para que a Câmara de Vereadores aprovasse sua criação.

A proposta de organização da CIMS em si, aproxima-se das preocupações de Silvia Sigal referentes à integração interinstitucional na implantação de políticas de saúde, considerando a participação de setores organizados da sociedade na esfera institucional.

Porém, na experiência implementada, apesar dos usuários terem representação na CIMS, sua participação não tinha o poder de decisão conforme propõe o conceito de participação nas políticas de saúde (vide cap. 1, pág. 25), pois, a CIMS funcionava mais como aprovadora dos projetos da SSBES apresentados às instituições presentes.

Sua composição procurava ultrapassar o limite da participação no sentido corporativo. Foi utilizado o critério de não representação de categorias específicas de trabalhadores em saúde, mas de representação comunitária de forma mais ampla.

A equipe de profissionais da Secretaria Municipal de

Saúde, defendia a participação da população como fundamental. Houve um esforço para sua concretização, usando, por um lado, mecanismos de democracia representativa como a participação da UABC e regionais na CIMS e, por outro, mecanismos de democracia direta, como a eleição de atendentes, auxiliares e associações de moradores.

A participação também era incentivada no âmbito da formação de grupos de auto-ajuda como hipertensos, diabéticos e outros, a fim de democratizar o saber e contribuir para que os pacientes desempenhassem um papel ativo no controle e/ou cura de seus problemas de saúde.

Os motivos que justificaram a participação em movimentos de saúde foram a necessidade de melhorar o bairro, ter melhores condições de saúde, buscar informações e também, sentir-se útil perante as dificuldades que a comunidade enfrenta nestas questões. Estas razões, normalmente apresentam-se vinculadas ao incentivo da SSBES para a comunidade organizar-se.

B) LIMITES E CONTRADIÇÕES

Mesmo contribuindo para a criação de uma rede de associações de moradores e da UABC, após a derrota eleitoral do PMDB em 1988 no município, as organizações comunitárias criadas neste período não conseguiram continuar desenvolvendo seus trabalhos. Houve continuidade por parte das poucas organizações autônomas em relação ao Estado e à PMC.

A maior parte dos entrevistados - técnicos e sociedade civil - justificam este fato, com base no argumento de que, por um lado, tinha-se o paternalismo da SSBES e, por outro, a fragilidade da sociedade civil em função do

autoritarismo predominante no país, principalmente até 1982.

O paternalismo era expresso na presença dos profissionais do setor na direção de uma boa parcela das manifestações populares, pois, o posto de saúde era central nas mobilizações e os profissionais de nível superior desempenhavam um papel de destaque. A demissão da grande maioria destes após a administração Hülse (1988), enfraqueceu as organizações comunitárias e os Postos. O paternalismo foi visto de duas formas: como expressão do controle da Secretaria sobre as associações de moradores e como possibilidade de viabilizar um projeto participativo, com base no argumento de que, perante a fragilidade da sociedade civil, a implementação de projetos do gênero, enfrenta este tipo de contradição. Apesar disso, as atividades realizadas também conseguiam ser educativas, à medida que havia uma postura de incentivo à participação da população na esfera informal e institucional, no auto-controle preventivo da doença, identificando, suas causas estruturais conforme propõe Silvia Sigal. A operacionalização desta perspectiva era dificultada pelos setores envolvidos na reprodução dos fatores que incidem sobre as causas estruturais da saúde e da doença.

Predominou por parte dos entrevistados (sociedade civil), o entendimento de que as associações de moradores foram criadas quase todas como uma extensão da administração, reproduzindo o mecanismo de representação cooptativa na formação de lideranças, no sentido de que possam ser agentes da sociedade civil influenciados ou controlados por um centro decisório do Estado, a prefeitura. Tais agentes devem fazer com que a base se sinta representada ou participante do poder. Neste sentido, a SSBES exercia um certo controle sobre as organizações comunitárias no contexto da implantação das Ações Integradas de Saúde. Este controle resultou na instrumentalização político-

-partidária de tais organizações por parte da SSBES e da PMC.

Diante deste quadro, a implantação das Ações Integradas de Saúde aparece como conquista e também como dádiva e/ou concessão(2).

Como conquista, porque alguns atores sociais aparecem como sujeitos na luta pela Reforma Sanitária, a exemplo dos profissionais de saúde, do movimento popular de saúde. Além disso, ambos mostram vitórias, tanto na implantação de uma rede de serviços até então inexistente, quanto na melhoria das condições de vida, a partir das reivindicações do movimento popular de saúde, em bairros onde existiam, a exemplo da Vila Manaus.

Como concessão, porque, a SSBES estava sujeita a algumas limitações por parte da prefeitura para que continuassem desenvolvendo o trabalho de implantação das AIS e do SUDS.

Sua política de saúde procurava voltar-se aos interessados, mas não superou a situação de carência para, assim, manter as organizações comunitárias atuantes, após, a derrota eleitoral ou "queda do pano" conforme expressão de Da Ros. Além disso, esbarrava em limites de atuação da SSBES, no que se refere ao isolamento no interior da prefeitura. A equipe parecia não ter muita clareza destes limites, que são percebidos durante o desenrolar da experiência, com os cursos que permitem tal reflexão e derrotas que possibilitam avaliar mais profundamente a situação.

As políticas de saúde buscavam responder às necessidade da maioria da população, mas eram contraditórias pe-

(2) Conceitos trabalhados por Pedro Demo em "Participação É Conquista", São Paulo: Cortez Editores e Autores Associados, 1988.

lo fato de a incorporação de elementos participativos se dar no contexto de uma lógica instrumental. Seu isolamento na PMC reforça esta situação, pois, segundo os técnicos, era necessário se submeter aos limites da administração municipal para implantar políticas de saúde baseadas na justiça social.

A única comunidade que mostrou maturidade - por parte de diferentes setores - no sentido de se autogerir, não foi muito ouvida. A Vila Manaus foi citada pela grande maioria das pessoas que eram vinculadas à SSBES e à Prefeitura como exemplo de participação e organização. **Esta comunidade organizava-se, através de comissões de saúde por rua, cursos sobre uso de chás e reivindicações na área de habitação, saneamento e meio-ambiente.**

A SSBES assimilava esta forma de organização, propondo sua implantação em outros bairros, porém, não conseguia assimilar sua lógica de trabalho. Esta comunidade já tinha segmentos que propunham não apenas participar no sentido de fiscalizar e controlar as políticas, mas de gerir o posto de saúde. A participação era estimulada muito mais no contexto reivindicatório e fiscalizador. Isto trazia legitimidade, reforçava a Secretaria no interior da Prefeitura. Mesmo assim, a maioria dos movimentos sociais organizados tinham dificuldades para ultrapassar o limite da apresentação de demandas e reivindicações, disputando o reconhecimento e o atendimento prioritário do objeto de sua organização e fortalecendo a visão pontual em relação ao conjunto da população e do município.

Na Vila Manaus as atendentes eleitas expressavam as diferenças de método do movimento popular de saúde para com a Secretaria, através da seguinte afirmação:

"A gente queria fazer o trabalho de saúde, a partir da comunidade, eles a partir do posto. Nosso posto foi construído na época do Altair e aberto na gestão Zé Augusto. Fazíamos reuniões por rua, formava

comissão e elegia representante, líder por rua. O objetivo da eleição do líder era ter uma pessoa a mais na luta pela saúde do bairro. Fazíamos cursos, formação política. A gente queria que o posto fosse complemento de um trabalho educativo. Quando eles vieram implantar o posto de saúde, nós batemos o pé que queríamos desta forma. Primeiro implantaram em outros lugares, depois aqui. Muitos trabalhos da comunidade não ficavam como conquistas nossas, mas obra da Prefeitura. E muitos líderes de rua se desestimulavam porque não eram valorizados e desorganizou o trabalho."

Havia um sentimento, uma vontade política, por parte de organizadores do movimento popular de saúde, de que o posto deveria ser controlado e gerido pela comunidade. Eles reivindicavam que a Prefeitura colocasse equipamentos simples à sua disposição para que continuassem fazendo o trabalho comunitário. Havia uma diferenciação entre o posto de saúde visto a partir da Prefeitura e visto a partir da comunidade. A Secretaria Municipal de Saúde, na instalação dos postos não considerou estas questões e não incorporou as percepções populares de saúde.

A ocorrência de fatos deste gênero dificultava a relação do poder público com as comunidades. Deste modo, as comunidades reconheciam mais facilmente como seus os projetos que apresentavam traços culturais do grupo, mesmo que vindos de fora.

A eleição das atendentes contemplava essa preocupação, à medida que havia uma relação muito próxima entre estas e a população, bem como, pelo fato do bairro estar centralizado no posto de saúde. Isto possibilitava que a política e a saúde estivessem mais perto da vida das pessoas e tornavam o posto "uma coisa viva na comunidade". Nesse sentido, a eleição de atendente apresentada inicialmente como uma nova forma de fazer política, como democratização das instituições, marcou uma série de riscos e contradições. Não cabia eleição de atendentes onde um contingente de profissionais de enfermagem formados estavam desempregados. Estes podiam fazer parte da rede atra-

vés de concurso público, reforçando o caráter científico dos trabalhos realizados. Dessa forma a participação da população deveria ter sido fortalecida na gestão do Posto de Saúde. Do contrário, existe o risco de se estar fazendo medicina de baixa qualidade para pessoas consideradas também de pouco valor. Assim a atenção primária acaba não considerando relevante a gravidade dos eventos mórbidos.

A experiência municipal apresenta os traços culturais de um povo dependente, permitindo, por um lado, o aprendizado do exercício da democracia, da percepção dos cargos públicos como delegados seus de forma bastante incipiente e, por outro, a dependência política, econômica e cultural que acabava predominando face a fragilidade da sociedade civil e seu controle por parte da administração. Segundo Silva (1992), temos o servilismo e a improvisação decorrentes do processo de dependência, mas também temos uma história de lutas baseadas num projeto de liberdade e independência.

SÍNTESE

A descentralização trata fundamentalmente da distribuição de poder e responsabilidades entre as diferentes esferas do governo. No âmbito das políticas de saúde no Brasil, limita-se a um processo administrativo sem transferência de poder de forma efetiva. Sua implementação resultou em alguns tipos básicos de municipalização, quais sejam: prestação de serviços, inampização, prefeiturização e distritalização. Esta associa-se à idéia de distrito sanitário, referido pela estratégia de Reforma Sanitária. A SSBES procurou adotar esta perspectiva, embora não

tivesse competência para implantar ações que ultrapassassem a organização de uma rede de serviços básicos de saúde. No município de Criciúma a descentralização significou ampliação de direitos e participação, embora a experiência se caracterize mais como desconcentração. A adoção da política participativa significou a criação de uma rede de associações de moradores, eleições diretas para atendente de enfermagem, representação paritária na CIMS, etc. Apesar disto, a participação encontrou limites e contradições na fragilidade da sociedade civil e no controle paternalista exercido por parte da SSBES.

Capítulo 4

CONCLUSÕES

As políticas de saúde precisam ultrapassar seu sentido apenas estrito, situado no âmbito da implementação e funcionamento de uma rede de serviços básicos de saúde, bem como, na relação desta com as instituições responsáveis pelo nível de atendimento secundário e terciário. Este limite precisa ser ultrapassado, para que as políticas de saúde sejam percebidas no âmbito das ações governamentais capazes de responder de forma integrada aos problemas de saneamento, meio-ambiente, habitação e assistência à saúde, interagindo para um fim comum, qual seja, o fortalecimento da perspectiva da Reforma Sanitária.

A SSBES apesar de expressar este entendimento, na prática não conseguiu adotá-lo de forma efetiva. Fazia o levantamento de necessidades básicas da população para que os setores responsáveis na prefeitura o respondessem e concentrava sua atenção na implementação de uma rede básica de unidades de saúde. A integração inter-setorial na PMC foi precária, porém, à medida que, buscava consolidar as AIS e o SUDS, a integração interinstitucional era fortalecida. Mesmo assim, o limite do setorial não foi ultrapassado. A SSBES transformou-se numa ilha dentro da PMC, pois, apesar de procurar trabalhar no âmbito interinstitucional, a relação com as demais instituições do setor, a exemplo do INAMPS e do III^o CARS, era frágil e incipiente.

A Secretaria de Saúde não foi capaz de ultrapassar dificuldades através da adoção de políticas comuns às secretarias mais próximas do ponto de vista político, como é o caso da Secretaria de Educação. Predominava uma

postura corporativa, fortalecendo apenas o setor saúde.

A CIMS, atual Conselho de Saúde, pode contribuir para ultrapassar os limites setoriais, mas precisa ter claro que seu papel deveria estar relacionado ao de um fórum capaz de reordenar as políticas de saúde, através de planejamento participativo e integrado às áreas econômica, social e ambiental.

As políticas de saúde, enquanto qualidade de vida, na administração Hülse (83-88), apresentaram contribuições e limites expressos pelos diferentes segmentos entrevistados.

Entendendo que uma reflexão sobre os limites fertiliza o desenvolvimento de alternativas face a estes, procuramos fazer sugestões para a implementação de políticas de saúde no âmbito da qualidade de vida.

Face ao quadro anterior (78-82), a PMC inovou, ampliando o abastecimento de água, coleta de lixo, rede de esgoto e adotando medidas para o controle da poluição. Apesar de ter incorporado fatores sanitário-ambientais e sociais nessas ações, as soluções foram parciais e aparentes, isto é, não foram efetivas, mas paliativas, confirmando a primeira hipótese levantada. A prefeitura não implantou soluções mais adequadas, tanto em função dos limites da administração municipal, quanto por seus compromissos com setores do empresariado local, pois, a adoção de medidas mais conseqüentes poderia implicar numa redefinição do modelo de desenvolvimento.

Os problemas de saneamento no município refletem a crise do setor no país, enquanto parte da crise de um modelo de desenvolvimento. As medidas paliativas, precisam ser ultrapassadas, de forma a relacionar saúde e saneamento, concebendo este como um conjunto de atividades que abrangem o abastecimento de água, coleta, tratamento e destino final de esgotos e lixo, bem como, o gerenciamento de bacias hidrográficas e proteção ambiental no

contexto de uma alternativa em saúde pública (Bittar, 1992).

Esta perspectiva nos coloca a necessidade de fazer sugestões e recomendações no sentido de que uma administração municipal deve considerar a relevância da integração entre suas diferentes esferas, procurando causar o menor impacto ambiental possível na implantação de infraestrutura, integrar as ações de saúde, saneamento e meio-ambiente no contexto da ocupação desordenada do solo com uma proposta de reforma urbana. Para tanto, deve implantar programas de saneamento e controle ambiental em pequenas comunidades, com tecnologias adequadas, incentivando a participação das populações envolvidas e, fazendo uma gestão democrática dos recursos.

Ainda no que se refere ao setor saneamento, apesar das inovações relacionadas à questão do lixo, houve o predomínio de uma visão tecnicista e até mesmo predatória no que se refere às soluções para o problema. Sem dúvida, a solução implantada constitui um avanço em relação ao estágio anterior. Entretanto, pensar a gênese deste problema, significa levar em consideração os fatos que historicamente marcaram as relações sociedade/natureza no país, na região e particularmente no próprio município. As ações governamentais não conseguiram inovar a partir desta ótica. Não se percebeu a questão do lixo como produto de uma política de "mal desenvolvimento". A adoção de uma medida que se caracteriza muito mais como sanitária deveria ser considerada insuficiente. Seria necessária a adoção de medidas simultaneamente econômicas, políticas, culturais e sanitárias (Ferreira, 1987).

A questão foi focalizada de uma perspectiva maximalista e influenciada pela ideologia da "solução definitiva". Além disso, reforçou-se o padrão de planejamento autoritário, sem participação popular. Não se procedeu a um trabalho educativo sobre a questão do lixo, visto

enquanto um programa coordenado entre as diferentes secretarias e a SSBES. "Sua magnitude não permite um aproveitamento mais racional, controlado e participativo no processamento do lixo. Pelo contrário, alimenta a possibilidade de quem produz lixo" (Ferreira, 1987, 10). O poder público municipal reproduziu também a lógica predatória, na medida em que não equacionou devidamente a questão de dejetos e continua a transformar os recursos naturais em foco de doenças, poluição e morte (Ferreira, 1987). A disposição de continuar escoando os dejetos em área de mangue vem confirmar esta impressão.

O tratamento descentralizado do lixo implica em mudanças culturais, criação de programas educativos, separação domiciliar do lixo, projetos econômicos para as comunidades, geração de empregos e oferece menores riscos de poluição.

Esta perspectiva coloca a necessidade de fazermos sugestões e recomendações que segundo Bittar (1992), exige da administração municipal disposição em assumir outras diretrizes para a área de limpeza urbana e lixo, considerando a necessidade de adoção de um modelo de gerenciamento dos resíduos, da coleta ao destino final, que priorize programas de reciclagem e o uso de tecnologias adequadas de baixo custo e baixo impacto ambiental, buscando reduzir a poluição causada pelos lixões e fazendo o trabalho através de serviços próprios. Isto implica em incentivar a participação da população organizada no reaproveitamento de resíduos, salientando seu papel de pressão para o cumprimento da legislação referente ao lixo hospitalar, industrial e comercial.

A administração realizou inovações na área de habitação. Implantou programas até então inexistentes, incentivou a participação através da auto-construção de casas, porém, estas medidas são limitadas por esbarrar no clientelismo, eleitoralismo e em condições sanitárias e

ambientais bastante precárias. Isto fortalece a idéia de concessão e dádiva (Demo, 1988), prejudicando a perspectiva de consolidação da cidadania, enquanto afirmação de direitos, diante da necessidade de melhoria das condições de vida da população em nosso país.

Neste sentido, recomenda-se que a reestruturação institucional neste setor (Bittar, 1992) não dependa apenas de recursos externos, que estão previamente vinculados a projetos e à produção de unidades prontas, mas procure-se diversificar seus programas para contemplar a questão da urbanização, recuperação de favelas e programa de produção de unidades habitacionais, lotes urbanizados e assistência à auto-construção. Estes programas devem estar baseados na autogestão entendida como empreendimento realizado pelos moradores organizados em cooperativas ou associações, destacando a importância da participação do usuário em todas as fases do desenvolvimento da obra.

o que se refere à problemática ambiental, apesar de um saldo positivo de ações mitigadoras, a experiência pode ser considerada limitada na medida em que não chegou a questionar o modelo de desenvolvimento existente. A questão ambiental não foi entendida pela administração como "...a contradição fundamental que se estabelece entre os modelos de desenvolvimento e sua sustentação pela natureza dos ecossistemas da biosfera" (silva, 1992, 16). Esta contradição não foi percebida no plano de uma crise civilizatória, ou seja, não houve uma relação dialógica entre a localização do global e a globalização do local, segundo o princípio "**pensar globalmente, agir localmente**". O trabalho realizado não implicou num questionamento efetivo da lógica da modernização capitalista, favorecendo antes o mercado como principal alocador de recursos, disciplinado por um Estado que procura operar também como guardião ecológico da sociedade, buscando compatibilizá-

-lo com o predomínio da grande propriedade oligopólica (Viola, 1986). A avaliação dessas iniciativas deve levar em conta que pelo menos 66,7% do tempo de duração do mandato transcorreu durante o governo da Nova República a nível nacional e estadual. Na administração pública predominava uma hegemonia político-partidária, já caracterizada, que não decidiu enfrentar a problemática sócio-ambiental de forma estrutural. As empresas estatais são tão poluidoras quanto as do empresário Realdo Guglielmi, que deu sustentação político-financeira à candidatura Hülse. A administração estava cercada por empresários insensíveis à crise ambiental, e isto contribui para justificar por quê a PMC limitou-se a uma postura apenas conservacionista, entendida, como preocupação pela economia de recursos naturais e pela promoção (retórica) da qualidade de vida, no contexto da recuperação do modelo de desenvolvimento capitalista dependente.

Neste período não se desenvolve, portanto, proposta capaz de fortalecer a consciência ecológica entendida enquanto

"...esclarecimento por parte das pessoas, da finitude dos ecossistemas nos quais vivem e sua relação de interdependência com os demais ecossistemas da biosfera, de forma a produzir a consideração da dimensão ambiental, em seu mundo de vida, seja pessoal, econômico ou social" (Silva, 1992, 37).

Uma proposta nestes termos colocaria em questão a relação da PMC com os mineradores e as empresas estatais.

O trabalho realizado na área de meio-ambiente estava baseado numa racionalidade instrumental, tecnocrática e não participativa, não levando em conta metodologias que privilegiassem o resgate da gênese dos conflitos sócio-ambientais e a identificação dos atuais paradigmas de entendimento. Este seria um pré-requisito indispensável ao início de um processo conseqüente de educação ambiental. Este resgate, no plano local, poderia ter induzido ações mais efetivas de organização e participação

social (Silva, 1992).

Segundo Vieira (1989), o poder público limitou-se a um padrão de controle operacional precário de excessos de poluição. Inexistiu uma estratégia orientada num sentido decididamente preventivo e apoiada numa identificação sistemática e integrada das causas estruturais dos atuais processos disruptivos. Os programas ambientais parecem, portanto, justapor-se a uma série de outras políticas setoriais, sem integrar-se efetivamente aos processos de tomadas de decisão cruciais relativos a ações concretas de desenvolvimento regional e local.

Perante este quadro coloca-se o problema da manutenção ou não da atividade carbonífera. É preciso avaliar os ganhos e prejuízos ocasionados pela mesma, considerando-se os aspectos sociais, econômicos e ambientais envolvidos. Do ponto de vista ambiental, a sociedade tem arcado com os imensos custos decorrentes de um modelo irracional de exploração. Do ponto de vista econômico, são as empresas mineradoras privadas e estatais aquelas que acabam usufruindo as maiores vantagens. A categoria de trabalhadores mineiros não deixa de usufruir a chance de emprego regular, mesmo que somente para o atendimento de suas necessidades de sobrevivência e isto de forma bastante precária. No âmbito social, portanto, a atividade carbonífera gera ao mesmo tempo emprego e miséria, predominando um cálculo unilateral de ganhos sócio-econômicos. Dados os prejuízos atuais e futuros no quadro da degradação humana e ambiental existente, talvez não fosse possível defender a continuidade desta atividade. O que está em jogo, a nosso ver, é a necessidade de uma reordenação do modelo de desenvolvimento e da matriz energética que tem por base o carvão, através de mudança gradual para que os trabalhadores sejam paulatinamente incorporados em outros setores da economia.

Neste sentido, Sachs (1975, 396) considera a neces-

sidade de se procurar por estratégias concretas de desenvolvimento, capazes de fazer um bom uso e ecologicamente seguro dos recursos específicos de um determinado ecossistema, a fim de satisfazer as necessidades básicas da população local. Para tanto, insiste na variedade de situações ecológicas e culturais e, portanto, na diversidade de soluções propostas e na importância da participação dos cidadãos na identificação de necessidades e recursos, na pesquisa de técnicas adequadas, para a implementação de planos de desenvolvimento e de alterações estruturais quando necessárias. Não se trata de um simples conjunto de ecotécnicas, embora a redefinição de opções tecnológicas deva representar um importante papel.

As políticas governamentais devem ser orientadas para a sobrevivência. Para que se torne possível uma proposta com este caráter recomenda-se: rediscutir o controle da poluição e a política ambiental a partir da revisão do modelo de desenvolvimento conforme já foi mencionado; adotar uma preocupação com a reciclagem de resíduos a nível das empresas; redesenhar a planta industrial para maior aproveitamento da produção; usar tecnologias que emitam menor quantidade de resíduos poluentes; articular o controle corretivo e preventivo, transformando os mecanismos co-participativos em autogestionários e sua correspondente ampliação. Para isto a instituição deve estar baseada em princípios como: descentralização, participação e integração considerando que os mecanismos adotáveis possuem caráter permanente.

Neste sentido, a Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social, no município de Criciúma, durante a administração Hülse, adotou uma política baseada no direito universal à saúde, no contexto do projeto de Reforma Sanitária. Para tanto, procurou deslocar o poder político em direção aos setores populares, no sentido de melhorar a qualidade de vida. Na implementação de uma nova política de saúde

(AIS/SUDS), conseguiu inovar, organizando uma rede básica de serviços. Procurou descentralizar os serviços de saúde, mas o que conseguiu de forma efetiva foi sua desconcentração através da redistribuição e acesso aos serviços, diminuição da distância entre a administração e a sociedade, enfim, ampliação de direitos. Identificou-se com a perspectiva da municipalização distritalização (vide capítulo 3), embora não tenha conseguido implantá-la de forma efetiva.

No município de Criciúma a participação trouxe contribuições, a exemplo das eleições para atendentes de enfermagem, representação na CIMS, associações de moradores, grupos de auto-ajuda, conferência de saúde, fiscalização e controle dos postos. Estas, porém, apresentavam limites e contradições à medida que, por um lado, a SSBES tinha o controle das eleições e das associações de moradores e, por outro, em função do autoritarismo vivido no país, principalmente, até 1982 tínhamos uma sociedade civil fraca, com pouca capacidade associativa. Neste sentido, há uma ambiguidade na ação da SSBES, pois, adota mecanismos que procuram ultrapassar o paternalismo, mas ao mesmo tempo tem seus técnicos organizando boa parcela das manifestações comunitárias.

Havia, ainda, componentes do mecanismo de representação plebiscitária entre a direção da SSBES, a equipe de profissionais e a população. Este mecanismo caracteriza-se por: relação de representação direta líder/povo, lideranças carismáticas - o líder é capaz de reproduzir um discurso ideológico em que o povo se sinta representado - e paternalismo.

"O mecanismo de representação plebiscitária tem, em relação ao povo, um duplo caráter contraditório: é tão ativa quanto paralisante. É ativador do povo porque, para ser líder plebiscitário é necessário interpelar o povo como sujeito ativo construtor da história. Mas, ao mesmo tempo, é paralisante porque ao estimular no povo uma confiança quase incondicional no líder, não cria, em princípio, vínculos orgâ-

nicos entre estes sujeitos populares de modo a lhes permitir realizar efetiva e sistematicamente sua ativação" (Viola, 1980), 82).

Naquele momento, a SSBES e lideranças religiosas tinham sua ação política identificada com este mecanismo de representação. A principal liderança era bastante carismática. A perda das eleições e a saída de setores do movimento sanitário coincide com a saída de tal liderança do município. Este fator contribui para explicar a paralisia das organizações populares após a derrota eleitoral de 1988.

A autonomia local precisava ser fortalecida para que as comunidades tivessem condições de continuar trabalhando após o mandato. Para tanto, não bastou conceber a autonomia local apenas enquanto fortalecimento da prefeitura ou secretaria em relação aos níveis estadual e federal, mas concebê-la no âmbito do bairro e da Unidade de Saúde. Para continuar os trabalhos, faltou a PMC e à Secretaria legitimidade, qualidade não conquistável a qualquer preço. A legitimidade deve ser alcançada através de serviços prestados, da canalização dos fatores e/ou momentos favoráveis à administração, porém, sem implicar na instrumentalização das organizações da sociedade civil.

A participação foi limitada no sentido de que foi consentida, mas contribuiu para o início de um processo de organização nas comunidades. A ausência de mecanismos que a operacionalizassem e o predomínio do caráter consultivo, favoreceram a inércia.

A paridade na CIMS e no Conselho de Saúde era facilmente neutralizada pelas instituições públicas do setor em função de deterem o conhecimento especializado. Desse modo, a participação não necessariamente significa possibilidade de interferência da população organizada, a fim de modificar as políticas. Isto evidencia-se quando a CIMS adquire caráter apenas consultivo, o que resulta na

impossibilidade de controle social efetivo. Este problema se agrava com a atuação fragmentada dos movimentos sociais neste setor, pela rejeição da esfera governamental por parte destes ou pela adesão e cooptação às políticas elitistas e clientelistas (Fleury, 1988).

A SSBES conviveu com estes problemas buscando, por um lado, a legitimação através da adoção de uma visão instrumental de participação e, por outro, contribuir para que a sociedade civil tivesse um mínimo de organização.

O fato de que os trabalhos comunitários aparecem muito mais como obra da Prefeitura, nos remete a uma reflexão sobre a busca de legitimidade, enquanto um desafio das administrações públicas. Esta necessidade, porém, não deveria implicar em buscá-la a qualquer preço. A SSBES buscou implantar o sistema unificado e descentralizado de saúde, no contexto de uma proposta participativa, porém, dando à administração Hülse uma aparência de popular. Para tanto, fortaleceu uma visão instrumental de participação entendida como não substantiva no que se refere aos seus objetivos, mas usada para fortalecer interesses políticos setoriais e/ou pessoais. Isto significa que a SSBES pagou um preço alto submetendo-se a uma lógica instrumental e correndo o risco de que este trabalho fosse colocado a serviço da legitimação de setores conservadores, a exemplo, da sua referência na campanha para a Prefeitura tendo Eduardo Pinho Moreira como candidato a prefeito. Estes fatos mostram que a segunda hipótese levantada também foi confirmada.

Estas questões nos remetem ao conceito de **concessão ou dádiva**, segundo Demo (1988), onde o direito à participação rompe com uma visão instrumental, **passando a ser visto não como dádiva, mas como conquista**, isto é, como fortalecimento da autopromoção, entendida como

"...característica de uma política social centrada nos próprios interessados, que passam a autogerir ou

pelo menos a co-gerir a satisfação de suas necessidades, com vistas a superar a situação assistencialista de carência de ajuda. Em política social não se promove ninguém propriamente, caso não chegue a autopromover-se".

Se por um lado, as organizações comunitárias que já existiam antes da administração Hülse, eram vinculadas ao Estado e ao PDS, por outro, as associações de moradores criadas a partir de 1983 foram vinculadas à Prefeitura e ao PMDB. A Secretaria Municipal de Saúde desempenhou um importante papel na consolidação desta perspectiva.

Seu isolamento na PMC reforçava esta situação. A participação era praticada como ocupação de espaços, promoção de direitos, influenciar mudanças e assegurar legitimidade. A incorporação de elementos participativos concebidos como interativos, se dá no contexto de uma lógica instrumental. Desta forma, é necessário se submeter aos limites da administração municipal para implantar políticas de saúde baseadas na justiça social. A proteção dos direitos das pessoas e a busca de seus interesses aparece dentro de um quadro competitivo. A ação é direcionada para a influência e distribuição do poder político. A política é concebida como luta por escassos recursos de poder. A participação buscou garantir que os interesses dos cidadãos não fossem negligenciados pelas elites, mas, ao mesmo tempo serviu para simular legitimidade às decisões da Prefeitura (Heidmann, 1990).

Esta, por sua vez, está controlada por setores relacionados com o sistema político-econômico dominante, no contexto da acumulação capitalista e da razão instrumental. Neste sentido, havia uma reprodução da razão moderna baseada no iluminismo para a instituição da razão instrumental, por isso, as necessidades históricas substituíram o homem como portador da razão. O utilitarismo desta está subordinado ao mercado. A estrutura histórica das sociedades centradas no mercado subordinam as consciências (Ramos, 1981). O isolamento da Secretaria de

Saúde no interior da PMC reforçou esta lógica.

Apesar de contextualizada no âmbito de uma visão instrumental houveram contribuições da SSBES - no contexto de suas contradições - na construção da cidadania pelo menos enquanto noção de direito.

Houveram ganhos em termos de organização comunitária, conquista de alguns direitos e educação como formação à cidadania. Mesmo assim a cultura como processo de identificação comunitária e o planejamento participativo, precisam aparecer como elementos mais claros na formulação das políticas.

A cultura, segundo Demo (1988, 57),

"...refere-se principalmente ao nível de criação de símbolos e valores que caracterizam o modo de ser de uma sociedade, de uma era, ou de uma determinada história (...) Cultura significa produto tipicamente humano e social, no sentido de ativação das potencialidades, com relação ao desenvolvimento de si mesmo e ao relacionamento com o ambiente. É marca do homem sobre a terra, principalmente na região simbólica, como capacidade de se criar e desdobrar em suas potencialidades próprias e com capacidade de interagir com as circunstâncias externas dadas. Nisto está precisamente sua característica política, entendida como capacidade de fazer a história" (Demo, 1988, 55). "Tomando como referência a comunidade, pode-se afirmar que é condição básica para um grupo social sentir-se comunidade possuir lastro cultural próprio que o identifique. Este lastro cultural próprio cristaliza a história da comunidade, os valores e símbolos cultivados, os modos de ser e de fazer, bem como os modos de produzir".

Entendendo o desenvolvimento comunitário como essencial à política social, a identificação cultural talvez constitua-se na modificação mais imediata à participação. A comunidade apenas reconhecerá como seu os projetos capazes de revestir-se de traços culturais do grupo, mesmo que tenha vindo de fora. Neste sentido, segundo Demo, a cultura comunitária é parteira de participação.

Esta perspectiva, aponta para um conceito de participação que segundo SACHS

"...deve ser medida pelo poder de iniciativa conquistado, pela comunidade, pelo espaço para experiências reais locais, pelo grau de simetria nas relações entre os cidadãos e os diferentes níveis de governo, pelos mecanismos existentes para acordos e resolução de conflitos pela natureza do processo de planejamento, pelo acesso aos meios de comunicação. Mas também pela capacidade das entidades comunitárias de encontrarem um equilíbrio em suas duplas funções de críticos do sistema e de proponentes de soluções construtivas".

Para a operacionalização política do enfoque, segundo Sachs, devemos por em destaque o conceito de auto-confiança e de sociedade liberada: o primeiro significa a forma de desenvolvimento auto-centrada, endógena, baseada nas potencialidades próprias e na capacidade de decidir sobre o próprio destino; o segundo, é a sociedade civil enquanto terceiro sistema de poder, capaz de decidir sobre os demais setores sociais através da democracia política, da autogestão das empresas, do controle social da ciência e da técnica e da representação dos consumidores com papel diretivo no planejamento da produção.

Buscando concretizar esta perspectiva, precisamos fortalecer a participação sob as características sugeridas por Silva (1992), quais sejam:

a) Substantiva: Não deve ser instrumentalizada por interesses setoriais e/ou pessoais, deve ser substantiva no que se refere às suas intenções;

b) Emancipatória: Deve estar baseada na solidariedade e na autogestão na condução das ações, ultrapassando as relações paternalistas;

c) Democrática: Deve estar baseada em práticas democráticas, no pluralismo de idéias e na crítica às iniciativas autoritárias;

d) Formadora: A nível das políticas de saúde deve possibilitar um processo de educação sanitária e ambiental, baseada no resgate das relações sociedade-natureza;

e) Convivencial: A participação social deve respei-

tar a dignidade das pessoas e a diversidade cultural, vivenciando um clima de fraternidade e estabelecendo relações mais horizontais possíveis.

Este estudo sugere que a estrutura de poder no setor saúde, a distribuição de recursos, o modo como a população percebe os serviços de saúde, sejam pesquisados, uma vez que, as políticas de saúde deveriam estar mais atentas para o aspecto cultural, bem como, para a questão política da estrutura de poder no setor. Neste sentido, novas pesquisas poderiam ser desenvolvidas com os seguintes temas:

- * Estrutura de poder no setor saúde, contextualizando o processo de decisão na formulação de políticas;
- * Percepções populares com relação aos serviços de saúde;
- * Análise da distribuição de recursos para o setor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABES. **Declaração dos Direitos do Homem ao Meio-Ambiente**, 1991.
- ABES. **Carvão Mineral e Controle Ambiental**, Mimeo, 1984.
- ABRASCO. **A Lei e a Saúde**, Boletim n. 8, 1989.
- _____. **A Saúde e a Política Social no Governo Collor**, Abr/Mai/Jun/1990.
- _____. **A Experiência SUDS e os Desafios Atuais da Reforma Sanitária**, 1989.
- _____. **Estudos de Saúde Coletiva**, 1990.
- ABRASCO/CEBES. **Saúde é Qualidade de Vida**, Contribuição da ABRASCO e do CEBES para os debates da IX CNS, RJ/Brasília, 1992.
- ABNT. **Tabelas e Quadros**. In: Apresentação de Livros, RJ, 1987.
- AROUCA, Antônio Sérgio. **A Reforma Sanitária Brasileira**, Tema, RJ, Fundação Oswaldo Cruz, vol. 6 n. 11, 1988.
- BARCELOS, Cristovam et all. **Seleção de Indicadores Epidemiológicos para o Saneamento**, In: Bio - Revista da ABES, Ano III, n. 4, RJ, 1991.
- BERLINGER, Giovani. **Medicina e Política**, São Paulo, Hucitec, 1987.
- BID-PNUD. **Nossa Própria Agenda**, SP, Linha Gráfica Editora, 1990.
- BITTAR, Jorge. **O Modo Petista de Governar**, SP, Gráfica Editora Camargo, 1992.
- BRASILEIRO, Ana Maria. **Descentralizar não é Desconcentrar**, Proposta, RJ, Fundação Oswaldo Cruz, vol. 2, n. 12, 1988.
- BUNGE, Mario. **Ciência e Desenvolvimento**, Belo Horizonte, Ed. Itatiaia, SP, Edusp, 1980.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**, SP, Hucitec, 1991.

- _____. **Reforma da Reforma. Repensando a Saúde**, SP, Hucitec, 1992.
- _____. **Reflexões Sobre a Proposta de Gestão do Sistema Local de Saúde**, In: **Cadernos da Nona**, vol. 1, Brasília, UNB, 1992.
- CAPISTRANO, David. **Saúde Para Todos. Desafio ao Município**, SP, Hucitec, 1989.
- CAPRA, Fritjof. **O Ponto de Mutação. A Ciência, a Sociedade e as Culturas Emergentes**, SP, Cultrix, 1982.
- _____. **O Tao da Física**, SP, Cultrix, 1983.
- CAPRA, Fritjof, SPRETNAK, Marlene. **Green Politics. The Global Proncise**, New York, E.P. Dutton, 1984.
- CARDOSO, Vera. **Política Pública: O Caso do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) na Perspectiva dos Dirigentes do Setor Saúde em Florianópolis-SC**, Dissertação de Mestrado apresentada à UFSC, 1990.
- CARVALHO, Paulo. **Meio-Ambiente e Políticas Públicas. A atuação da FEEMA no controle da poluição industrial**. Tese de Mestrado apresentada ao Instituto de Economia UNICAMP, Campinas, 1987.
- CASTRO, Maria Helena. **Conflitos e Interesses na Implantação da Reforma da Política de Saúde**, In: **Saúde em Debate**, Revista do CEBES n. 35, Brasília, 1992.
- CHOPRA, Deepak. **Conexão Saúde. Como ativar as Energias Positivas do Seu Organismo e Ter saúde Perfeita**, SP, Best Seller, 1987.
- COHN, Amélia et all. **A Saúde como Direito e como Serviço**, SP, Cortez/CEDEC, 1991.
- COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA (CNRS). **Saúde é Democracia. Proposta para o componente saúde da Nova Constituição Brasileira**, RJ, 1987.
- COMISSÃO NACIONAL SOBRE MEIO-AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO. **Nosso Futuro Comum**, RJ, FGV, 1991.
- CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA DO BRASIL: 5 de outubro de 1988, SP, Atlas, 1988.

- CONTI, Laura, **Ecologia, Trabalho, Capital e Ambiente**, SP, Hucitec, 1986.
- CORDEIRO, Hésio. **A Reforma Sanitária II**, Proposta do Presidente do INAMPS, Brasília, 1987.
- _____. **Sistemas de Saúde: O Estado e a Democratização da Saúde**, RJ, RAP, vol. 13, n. 4, 1979.
- DALLARI, Sueli. **A Saúde do Brasileiro**, SP, Ed. Moderna, 1987.
- _____. **Municipalização dos Serviços de Saúde**, SP, Brasiliense, 1985.
- _____. **Descentralização Versus Municipalização**, In: **Saúde em Debate**. Revista do CEBES, n. 35, 1992.
- DA ROS, Marcos. **Um Drama Estratégico: O Movimento Sanitário e Sua Expressão num Município de SC**. Tese de Mestrado apresentada à ENSP, 1991.
- DEMO, Pedro. **Participação é Conquista**, SP, Cortez: Autores Associados, 1988.
- DIÁRIO CATARINENSE, **Criciúma 107 Anos**, Florianópolis, 1986.
- DIOCESE DE TUBARÃO. **Nós, População e Natureza Sul Catarinense**, In: **Plano Diocesano de Pastoral - 1986-1990** -, Tubarão, Gráfica Dehon, 1986.
- DORST, Jean. **Antes que a Natureza Morra**, SP, Ed. Edgard Blücher, 1973.
- DRUMOND, Alberto. **Política de Saúde no Município de Cascavel**, Cascavel, Mimeo, 1985.
- ECKHOLM, E. P. 1982: **Down to Earth, Environment an Human Needs**, Nev York, W.W. Norton, Cap. I e II.
- ESMANHOTO, Rita et all. **A Saúde das Cidades**, SP, Hucitec, 1989.
- FALCÃO, Maria do Carmo B. C. **Serviço Social. Uma Nova Visão Teórica**, SP, Ed. Moraes, 1981.
- FALCÃO, Maria do Carmo B. C. et all. **A Política do Bem-Estar do Brasil no Contexto do Desenvolvimento, na Década de 70**, In: **Serviço Social e Sociedade**, n. 7, Ed. Cortez, 1981.

- FANTIN, Maristela. **A Prática Educativa no Movimento de Saúde na Zona Leste da Cidade de SP: Experiência de dois Conselhos Populares de Saúde, SP**, Dissertação de Mestrado apresentada à PUC-SP, 1988.
- FÉ, Ivan de Moura. **É Preciso Estar Alerta Contra a Prefeiturização**, Tema n. 12, RJ, Fundação Oswaldo Cruz, 1991.
- FERREIRA, Francisco. **Projeto Viva Melhor**, Florianópolis, 1987.
- FIGUEIREDO, M. F. et all. **Avaliação Política e Avaliação de Políticas: Um quadro de Referência**, In: **Análise e Conjuntura**, n. 3, V. 1, 1986.
- FISCHER, Tânia et all. **Gestão Municipal, Descentralização e Participação do Cidadão - Um Estudo Comparado Espanha-Brasil**, In: **Reunião Anual da ANPAD**, Natal, 1988, **Anais**, Belo Horizonte, 1988, vol. 2, p 1291-1310.
- FLEURY, Sônia. **Imprevidência Social - 60 anos de História da Previdência Social no Brasil**, RJ, Vozes/ABRASCO, 1985.
- _____. **I Fórum de Administração de Políticas Sociais no Brasil**, RAP n. 4, RJ, Fundação Getúlio Vargas, 1987.
- _____. **Reforma Sanitária**, SP, Cortez/ABRASCO, 1989.
- _____. **O Custo social do Pagamento da Dívida na América Latina**, **Anais ANPAD**, 1987.
- _____. **Descentralização dos Serviços de Saúde: Dimensões Analíticas**, In: **Cadernos da Nona**, vol. 1, Brasília, 1992.
- FÓRUM DE ONG'S BRASILEIRAS. **Meio-Ambiente e Desenvolvimento. Uma Visão das ONG's e dos Movimentos Sociais Brasileiros**, RJ, Fórum de ONG's Brasileiras, 1992.
- FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. **Dicionário de Ciências Sociais**, RJ, 1986.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, **Informe Epidemiológico do SUS**. Brasília, FNS, CENEPI, 1992.

- GABEIRA, Fernando. *Vida Alternativa*, Porto Alegre, LPM, 1985.
- _____. *Partido Verde*, RJ, Anuma, 1986.
- GARCIA, R. M. *Uma Proposta Alternativa para a Formulação de Políticas Públicas*, Anais ANPAD, 1987.
- GARRAFA, Volney. *Contra o Monopólio da Saúde*, RJ, Achiamé, 1983.
- GIACOMINI, Carlos H. *A Sociedade Civil e a Garantia do Processo de Reforma Sanitária*, In: *Cadernos da Nona*, vol 1, Brasília, 1992.
- GODARD, Oliver et all. *"Enviroment et Politiqué Scientifique"*, Praxis Scientifique, 1975.
- GUIZZO, Martinho. *A Reforma Sanitária em SC*, SES, 1986.
- HEIDEMANN, Francisco G. *Democracia Frente ao Liberalismo e ao Socialismo*, mimeo, Fpolis, 1990.
- ILLICH, Ivan. *A Expropriação da Saúde, Nêmesis da Medicina*, RJ, Ed. Nova Fronteira, 1975.
- INAMPS. *Plano do CONASP*, Belo Horizonte, Gráfica do INAMPS, 1984.
- _____. *Normas Gerais Aplicáveis às "Ações Integradas de Saúde"*, Resolução n. CIPLAN-6/84 - Anexo II, 1984.
- ISUANI, Ernesto. *Três Enfoques Sobre o Conceito de Estado*, RJ, Revista de Ciência Política (RPC), Jan/Abr//1984.
- JACOBI, Pedro. *Políticas Públicas de Saneamento Básico e Saúde e Reivindicações Sociais no Município de SP - 1974-1984*, Tese de Doutorado apresentada à USP, SP, 1985.
- _____. *Descentralização Municipal e Participação dos Cidadãos: Apontamentos para o Debate*, SP, Lua Nova, n. 20, 1990.
- LAKATOS, Eva. *Fundamentos da Metodologia Científica*, SP, Athos, 1985.
- KNOLL, Rosálie. *Municipalização dos Serviços de Saúde - Criciúma/SC*, Secretaria Municipal de Saúde, 1987.

- LIMA, Mozart de Abreu. **Descentralização e Regionalização das Atividades de Saúde**, In: Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, Brasília, Ministério da Saúde, 1980.
- LOBO, Tereza. **Descentralização. Uma Alternativa de Mudança**. RAP, RJ, FGV, vol. 22, n. 1, 1988.
- LUTZEMBERGER, José A. **Manifesto Ecológico Brasileiro. Fim do Futuro?** Porto Alegre, Ed. Movimento, 1983.
- LUZ, Madel. **As Instituições Médicas no Brasil: Instituições e Estratégia de Hegemonia**, RJ, Graal, 1979.
- MACHADO, Francisco de Assis. **As Possibilidades de Controle Social das Políticas Públicas**, RJ, RAP, Jan/Mar/1988.
- _____. **Saúde e Comunidade a Expressão dos Conceitos na Prática de Dois Programas de Saúde**, RJ, RAP, V. 3, n. 4, 1979.
- MAGALHÃES, Raphael Almeida. **O INAMPS no Contexto da Reforma Sanitária Brasileira**, Brasília, MPAS, 1986.
- MARQUESINI, Ana Maria Bernardes et all. **Análise Sistêmico-Institucional da Central de Medicamentos - CEME**, RJ, RAP, Jan/Mai/1980.
- MARTON, Ana Maria et all. **Regionalização dos Serviços de Saúde no Brasil**, Revista de Administração Pública, RJ, FGV, vol. 17, n. 3, 1983.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **O Consenso do Discurso e o Dissenso da Prática Social. Notas Sobre a Municipalização da Saúde no Brasil**, In: Cadernos da Nona, vol. 1, Brasília, 1992.
- MÉDICI, André Cezar, **O Financiamento da Saúde e a Nova Carta Constitucional - Possibilidades e Limites**, In: A Experiência SUDS e os Desafios Atuais da Reforma Sanitária, RJ, ABRASCO, 1989.
- MÉDICI, André C. et al. **Doenças do Brasil**, In: Políticas Governamentais, vol. 8, n. 82, RJ, IBASE, 1992.
- MES/MOVET. **Projeto Vida Verde**, Tubarão, mimeo, 1990.

- MORAES, Ilara H. S. **Informação em Saúde e Gestão Democrática**, In: Cardernos da Nona, vol. 2, Brasília, 1992.
- MORIN, Edgar. **O Método I. A Natureza da Natureza**, Portugal, Publicações Europa-América, 1977.
- MPAS et all. **Decreto de Criação do SUDS**, 1987.
- MPAS. **Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social**, Brasília, Gráfica do INAMPS, 1986.
- MS. **ABC do SUS. Doutrinas e Princípios**, V. 1, 2 e 3, Brasília, 1990.
- MS/MPAS. **Governos Estaduais e Municipais. Normas Gerais Aplicáveis às AIS**. Resolução n. 6, CIPLAN, Anexo II, 1984 (mimeo).
- NASCIMENTO, Álvaro. **Municipalização: Trinta Anos de Esperança e Frustrações**. Tema n. 12. Fundação Oswaldo Cruz, 1991.
- NETO, Júlio S. Muller. **Políticas de Saúde no Brasil: A descentralização e Seus Atores**, In: Cadernos da Nona, vol. 1, Brasília, 1992.
- NETO, Luiz Rocha. **Convívio Internacional e Ecodesenvolvimento. O Decálogo da Sobrevivência**, RJ, RCP, Set/Dez/1981.
- NEVES, Gleisi H. **Descentralização dos Serviços de Saúde?**, RJ, IBAM, 1987.
- O'DONELL, Guilherme. **Transição Democrática e Políticas Sociais**, In: Revista de Administração Pública, RJ, Fundação Getúlio Vargas, 4/1987.
- ODUN, E. P. **A Humanidade em Crise Perspectivas**, In: Ecologia, RJ, 1986.
- OFFE, Claus. **Problemas Estruturais do Estado Capitalista**, RJ, Tempo Brasileiro, 1984.
- OLIVEIRA, Francisco Eduardo Barreto et all. **Previdência Social: Diagnóstico e Perspectivas**, RJ, RAP, Jan/Mar/1985.
- PÁDUA, José Augusto. **Ecologia e Política no Brasil**, RJ, Espaço e Tempo, IUPERJ, 1987

- PAIM, Jairmilson Silva. **Quando a Municipalização Não é Caminho**, Tema n. 12, RJ, Fundação Oswaldo Cruz, 1992.
- PANITZ, Clarice et all. **Caracterização do Perfil Ambiental da Bacia do Rio Sangão**, Criciúma-SC, UFSC, 1985.
- PEREIRA, Poyara. **Política Social e a Questão da Pobreza no Brasil**, In: Serviço Social e Sociedade, RJ, Cortez Editora, 5/81.
- PESSINI, Leocir et all. **Problemas Atuais de Bioética**, SP, Edições Loyola, 1991.
- PMC. **Carta do Sul**, Anais do 1º Encontro Regional sobre Ecodesenvolvimento do Sul Catarinense, Florianópolis, IOESC, 1980.
- PMC. **Criciúma Dito e Feito**, Criciúma, Memória Popular IV 1988.
- PMC. **Forquilha em Foco**, ano 1, n. 2, Criciúma, 1984.
- PMC. **Legislação Ambiental do Município de Criciúma**, 1985.
- PMC et al. **Anteprojeto do Curso de Saúde Pública a Nível de Especialização**, Criciúma, 1987.
- Proposta: **Jornal da Reforma Sanitária. O SUDS é uma Realidade Irreversível**, RJ, n. 12, Fiocruz-Manguinhos, Ago/Set/1988.
- _____. **Nova Lei Assegura Avanços Mas Adia Descentralização**, RJ, Fiocruz-Manguinhos, n. 20, Jan/1990.
- _____. **Política e Saúde**, RJ, Fiocruz-Manguinhos, n. 11, 1988.
- Proposta do Movimento Popular de Saúde. **Saúde como Direito de Cidadania e Dever do Estado**, 1987.
- RAMOS, Guerreiro. **A Nova Ciência das Organizações. Uma Reconceituação da Riqueza das Nações**, RJ, FGV, 1981.
- RATTER, Henrique. **Planejamento e Bem-Estar Social**, SP, Perspectiva, 1979.
- REVISTA PORQUE. **Poluição no Sul é Alarmante**, ano 1, n. 3, Opinião Editores Ltda, 1980.
- REZENDE, Ana Lúcia. **Saúde: Dialética do Pensar e do Fazer**, SP, Cortez, 1986.

- RICHARDSON, Roberto Harry. **Pesquisa Social. Métodos e Técnicas.** SP, Ed. Atlas, 1989.
- SACHS, Ignacy. **Meio-ambiente e Desenvolvimento: Estratégias de Harmonização,** In: Meio-Ambiente, Desenvolvimento e Subdesenvolvimento, SP, Ed. Hucitec, 1975.
- _____. **Ecodesenvolvimento - Crescer Sem Destruir,** SP, Ed. Vértice, 1986.
- _____. **Espaços, Tempos e Estratégias do Desenvolvimento de Saúde,** In: Cadernos da Nona, vol. 1, Brasília, 1992.
- SANTOS, Lenir et all. **Das Formas de Controle Social Sobre as Ações e os Serviços de Saúde,** In: Cadernos da Nona, Brasília, 1992.
- SANTOS, Orlando Alves. **Saneamento e Meio-Ambiente na Baixada Fluminense.** In: Revista Proposta. Qual Desenvolvimento? Desafio das ONG's e Movimentos Sociais na Conferência de Meio-Ambiente e Desenvolvimento, Edição especial, RJ, FASE, 1992.
- SCLIAR, Moacyr. **Do Mágico ao Social. A Estratégia da Saúde Pública,** SP, L & PM Editores, 1987.
- Secretaria da Saúde e Bem-Estar Social. **Relato de Uma Experiência,** Criciúma, 1986
- _____. **Municipalização dos Serviços de Saúde no Município de Criciúma,** 1987.
- _____. **Atenção à Saúde da Mulher.** Criciúma, 1984.
- _____. **Projeto Atenção à Saúde no Município de Criciúma,** Criciúma, 1983.
- SECRETARIA NACIONAL DE SANEAMENTO. **Projeto de Recuperação da Qualidade de Vida da Região Sul de SC,** PROVIDA, Brasília, 1991.
- SES-SC. **Contribuição à Discussão do Processo de Municipalização dos Serviços de Saúde em SC,** Fpolis, 1987.
- _____. **Indicadores Básicos de Saúde,** 1989.
- _____. **Projeto de Implantação do Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador na Rede de Serviços da SES-SC,** Florianópolis, SES, 1989.

- _____. **SUDS/SC: Resolução CIS n. 21/1988.**
- SES-SC et all. **Relatório das Atividades Desenvolvidas Pelos Serviços Subordinados à DASI, 1988.**
- SEYMOUR, John; GIVARDET, Herbert. **Proyecto Para un Planeta Verde, Hermann Blume, 1987.**
- SIDEL, W. W. et all. **1977: The People's Republic of China Mass Mobilizations, In: A Health State, New York, Panthons Books, pp 187-213.**
- SIGAL, Sílvia. **Elements for a New Health Strategy in Third World Contries, Paris, Cired, 1979.**
- SILVA, Daniel J. **Adeus Barragens: A Transição de Paradigmas na Construção de Barragens no Rio Uruguai, Tese de Mestrado apresentado à UFSC, 1991.**
- SORIANO, Raul Rojas. **Sociologia Médica. Folios Ediciones, 1983.**
- SOUZA, Herbert. **A Nova República e as Políticas Sociais. In: Revista de Administração Pública n. 4, RJ, Fundação Getúlio Vargas, 1987.**
- TEMA. **Reforma Sanitária, RJ, Fiocruz-Manguinhos, RADIS 11.**
- TEMPORÃO, José Gomes. **Notas Sobre o SUDS por Dentro do MPAS, In: A Experiência SUDS e os Desafios Atuais da Reforma Sanitária, RJ, ABRASCO, 1989.**
- TRINDADE, Auta F. et all. **Participação Popular no Orçamento, RJ, Fase, 1992.**
- TRIPODI, Tone et all. **Análise da Pesquisa Social, RJ, Livraria Francisco Alves Editora, 1981.**
- UNESCO. **Meio-Ambiente e Desenvolvimento. O Pacto Planetário, Revista O Correio da Unesco, n. 1, Brasil, jan/92.**
- UNPR. **Normas para Apresentação de Trabalhos, Estilo e Orientação para Datilografia e Digitação, Curitiba, E-DUFPR, 1992.**
- VASCONCELOS, Eymard M. **Educação Popular nos Serviços de Saúde, SP, Hucitec, 1991.**

- VIANA, Solon Magalhães. **A Descentralização Tutelada**, In: **Saúde em Debate**, Revista do CEBES, n. 35, Brasília, 1992.
- VIEIRA, Paulo Reis. **Descentralização e Cobertura de Saúde**, RJ, RAP, V. 13, n. 4, 1979.
- VIEIRA, Paulo Freire. **Ciência e Tecnologia para o Ecodesenvolvimento. Prioridades para Santa Catarina**, Apresentado na ANPOCS, 1989.
- _____. **Problemática Ambiental e Ciências Sociais no Brasil (1980-1990)**, In: **Ecologia e Desenvolvimento**, APED, 1992.
- VIOLA, Eduardo J. **A Problemática do Estado e do Regime Político. Um Ensaio Desde a Ótica da Democracia Política**, In: **Cadernos CSO-UFSC**, Florianópolis, 1980.
- _____. **O Movimento Ecológico no Brasil (1974-1986): Do Ambientalismo à Ecopolítica**, In: **Cadernos de CSO**, vol. 6, n. 4, Florianópolis, UFSC, 1986.
- VIOLA, Eduardo J.; LEIS, Hector R. **Desordem Global da Biosfera e a Nova Ordem Internacional: O Papel Organizador do Ecologismo**, SP, Revista Lua Nova, n. 26, 1990.
- VOLPATO, Terezinha Gascho. **O Meio Ambiente**, In: **Os Trabalhadores do Carvão. A Vida e as Lutas dos Mineiros de Criciúma**, Tese de doutorado apresentada à USP, 1987.
- _____. **A Pirita Humana. Os Mineiros de Criciúma**. Florianópolis, EDUFSC - Assembléia Legislativa, 1984.
- WILSON, R. N. **The Community Framework in the Sociology of Health: An Introduction**, Random House, 1970.

ANEXOS

LISTA DE SIGLAS

ABES - Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva;

AIS - Ações Integradas de Saúde;

ANPAD - Associação Nacional de Pós-graduação em Administração;

APED - Associação de Pesquisa e Ensino em Ecologia e Desenvolvimento;

ASSESC - Associação de Secretários de Saúde de SC;

ARENA - Aliança Renovadora Nacional;

BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento;

BNH - Banco Nacional de Habitação;

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde;

CIS - Comissão Interinstitucional de Saúde;

CIPLAN - Conselho Interinstitucional de Planejamento;

CLIS - Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde;

CIMS - Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde;

CRIS - Comissão Regional Interinstitucional de Saúde;

CNS - Conferência Nacional de Saúde;

CONASEMS - Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde;

CONASP - Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária;

CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde;

COREN - Conselho Regional de Enfermagem;

CSN - Companhia Siderúrgica Nacional;

DSP - Departamento de Saúde Pública;

FAS - Fundo de Assistência e Desenvolvimento Social;

FHSC - Fundação Hospitalar de Santa Catarina;

FNS - Fundo Nacional de Saúde;

IBAM - Instituto Brasileiro de Administração Municipal;

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social;

LOS - Lei Orgânica de Saúde;

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social;

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social;

MS - Ministério da Saúde;

OMS - Organização Mundial da Saúde;

ONG's - Organização Mundial da Saúde;

PAIS - Programa de Ações Integradas de Saúde;

PDS - Partido Democrático Social;

PDT - Partido Democrático Trabalhista;

PMDB - Partido do Movimento Democrático Brasileiro;

PP - Partido Popular;

PT - Partido dos Trabalhadores;

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento;

PMC - Prefeitura Municipal de Criciúma;

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento;

POI - Programa Orçamentário Integrado;

PRONAM - Programa Nacional de Aleitamento Materno;

RAP - Revista de Administração Pública;

RH - Recursos Humanos;

SES - Secretaria Estadual de Saúde;

SFH - Sistema Financeiro da Habitação;

SINE - Sistema Nacional de Emprego;

SMS - Secretaria Municipal de Saúde;

SSBES - Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social;

SPb - Saúde Pública;

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde;

SUS - Sistema Único de Saúde;

UABC - União das Associações de Bairro de Criciúma;

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

ROTEIRO PARA ENTREVISTAS

(profissionais de saúde e funcionários da SSBES)

NOME:

IDADE:

SEXO:

PROFISSÃO:

ESCOLARIDADE:

LOCAL DE TRABALHO:

LOCAL DE MORADIA:

I - Concepção de Saúde - Doença e Visão do SUDS

01 - Qual a sua concepção de saúde e doença?

02 - Você considera que a prática médica desenvolvida pelos serviços de saúde reforça a concepção que acabaste de descrever?

03 - Na experiência de Criciúma houve alguma tentativa de implantar curas alternativas como a homeopatia, treinamento de bensedores, dirigentes de centros espíritas e de umbanda?

04 - Como percebe o SUDS de uma forma geral (participação, descentralização, integração, unificação e hierarquização)?

05 - E a municipalização da saúde como você entende?

06 - No seu entendimento o que significa a mudança SUDS/SUS?

II - Histórico da Implantação do SUDS em Criciúma

01 - Quando, como e porque se engajou no processo de implantação das Ações Integradas de Saúde?

- 02 - Que fatores possibilitaram a experiência de implantação das AIS em Criciúma?
- 03 - Era prioridade daquela administração municipal?
- 04 - A implantação de uma nova proposta alterou a estrutura da Secretaria?
- 05 - Quais as mudanças político-administrativas trazidas pelo SUDS?
- 06 - Havia medidas de descentralização orçamentária? Se houve, quais os efeitos destas medidas?
- 07 - Que política de recursos humanos foi adotada?
- 08 - Havia algum programa de saúde do trabalho?
- 09 - O que vocês conseguiram fazer em termos de atenção primária?
- 10 - Considerando o limite de suas atribuições a PMC, através do órgão responsável adotou, medidas de controle da poluição?
- 11 - Foi implantado algum programa referente ao problema de moradia?
- 12 - A Secretaria de Educação implantou algum programa de educação sanitária/ambiental junto com a Secretaria Municipal de Saúde?
- 13 - Houve alguma política integrada à Secretaria do Meio Ambiente ou órgão equivalente?
- 14 - Que programas de saúde foram implantados? (Mental, mulher, idoso, hipertensão, pulmão, epilepsia, banco de leite, saúde bucal, hospitais, pronto-socorro, câncer, diabete, etc.) Onde? Como?
- 15 - Você acha que há uma relação direta entre estas doenças e os problemas sócio-ambientais?
- 16 - Que tipo de influências ambientais foram observadas com mais frequência no tratamento das doenças?
- 17 - Em termos da Política de Saúde adotada, vocês conseguiram na prática relacionar saúde e condições sócio-ambientais?
- 18 - O que a Secretaria conseguiu fazer em termos da im-

plantação de uma rede de esgoto, coleta de lixo e expansão da rede de água? Onde? Como?

19 - Como se deu o aumento da quantidade de centros comunitários? Havia neles postos de saúde com equipes competentes?

20 - Houve algum avanço na integração da prestação de serviços (medicina preventiva/curativa)?

21 - A descentralização do SUDS era apenas administrativa ou envolvia uma democracia dos serviços? Como vê esta questão a nível municipal, estadual e nacional?

22 - Os repasses de verbas decorrentes do convênio assinado com o SUDS eram feitos através de negociação política ou recebidos de acordo com os programas de saúde?

23 - A implantação do SUDS no município significou aumento no desempenho (qualidade) dos serviços de saúde prestados à população?

24 - A implantação do SUDS foi dificultada por resistências à mudança? Como?

25 - O que a implantação do SUDS significou para a rede pública em termos de recuperação, adequação e expansão da rede já existente?

III - Descentralização e Controle Social

01 - O Conselho Municipal de Saúde chegou a ser criado? Como era sua composição?

02 - As decisões do conselho eram implantadas pela Secretaria?

03 - Qual a composição das equipes multidisciplinares nos postos de saúde e rede hospitalar?

04 - Havia participação da população no controle dos postos de saúde? Onde? Como era tal participação?

05 - Se houve, como ocorreu o processo de descentraliza-

ção real do planejamento a nível estadual e municipal?

06 - Houve formação de agentes de saúde nas comunidades? Como? Onde e quando?

07 - Que tipo de influência o município conseguiu exercer no âmbito das políticas de saúde a nível estadual?

08 - Como era a relação da Secretaria Municipal de Saúde com a Secretaria Estadual durante a administração em que vocês participaram (integração, conflito)?

09 - Como a rede privada reagia ao trabalho desenvolvido pela Secretaria?

10 - Em relação aos serviços de saúde, há basicamente duas perspectivas no que se refere à sua implantação no nível municipal. Uma é a **municipalização** entendida como descentralização dos serviços através da secretaria que gerencia as unidades assistenciais públicas do município, do estado e do INAMPS fazendo a contratação dos serviços privados complementares às necessidades locais. Com repasse de verbas e com autonomia de decisão. A outra é a '**prefeiturização**' que coloca nas mãos do município toda a responsabilidade de implantar o sistema a nível local sem que haja condições materiais de implantá-lo.

De acordo com este entendimento a experiência de implantação do SUDS em Criciúma pode ser caracterizado como municipalização ou 'prefeiturização'?

ROTEIRO PARA ENTREVISTAS
(Sociedade Civil e Secretários da PMC)

NOME:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO:

ESCOLARIDADE:

LOCAL ONDE TRABALHOU:

LOCAL DE MORADIA:

- 01 - Como você vê o trabalho desenvolvido pela PMC na administração Augusto Hülse? No que se diferenciava das administrações anteriores?
- 02 - Na sua opinião a gestão Hülse foi de fato uma gestão popular?
- 03 - Como entendes o trabalho desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde na referida administração? Qual o papel que a Secretaria cumpriu?
- 04 - Como você entende saúde e doença?
- 05 - Você considera que a prática médica desenvolvida pelos serviços de saúde durante a gestão 83-88 reforça a concepção que acabaste de descrever?
- 06 - Na experiência implantada pela Secretaria Municipal de Saúde houve alguma tentativa de incorporar curas alternativas (homeopatia, umbanda, candomblé, bensedei-ras, uso de chás)?
- 07 - como você entende o SUDS?
- 08 - No seu entendimento houve a implantação de um processo de municipalização da saúde no período mencionado?
- 09 - Como você entende a mudança SUDS/SUS? Foi uma mudança na proposta política? Mudou apenas o nome? Alterou alguma coisa em termos de atendimento e participa-

ção para a população?

- 10 - Que fatores possibilitaram a experiência de implantação das Ações Integradas de Saúde em Criciúma?
- 11 - O prefeito defendeu a proposta do SUDS em campanha eleitoral ou se tornou uma de suas prioridades depois de eleito?
- 12 - O que a Secretaria Municipal de Saúde conseguiu fazer em termos de assistência sanitária básica? (esgoto, lixo, água).
- 13 - A PMC através do Departamento de Meio Ambiente implantou programas de controle da poluição?
- 14 - Na sua opinião como deveria ser controlada a poluição em Criciúma?
- 15 - Foi implantado algum programa referente aos problemas da moradia?
- 16 - A Secretaria de Educação implantou algum programa de educação sanitária/ambiental junto com a SMS?
- 17 - Você acha que há uma relação direta entre as doenças características da região e os problemas sócio-ambientais?
- 18 - A política de saúde adotada conseguia relacionar de fato saúde e condições sócio-ambientais?
- 19 - Como se deu o aumento da quantidade de centros comunitários?
- 20 - Havia neles postos de saúde com equipes competentes?
- 21 - Como era a questão da participação nos postos de saúde?
- 22 - Qual a relação estabelecida entre os centros comunitários e os postos de saúde?
- 23 - No trabalho implantado pela Secretaria Municipal de Saúde havia uma combinação entre a adoção de medidas de medicina preventiva e curativa? Porque?
- 24 - A experiência implantada significou aumento na qualidade dos serviços prestados à população?
- 25 - Houve formação de agentes de saúde nas comunidades?

Como, onde e quando?

- 26 - Como foi o processo de escolha do Secretário Municipal pelo prefeito?

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

NOME:

SEXO:

PROFISSÃO:

ESCOLARIDADE:

LOCAL ONDE MORA:

LOCAL DE TRABALHO:

DATA DE NASCIMENTO:

- 01 - Na sua campanha eleitoral para a PMC, o Sr. e seu partido tinham uma proposta de políticas sociais?
- 02 - Qual era esta proposta? Qual era a principal prioridade?
- 03 - Durante a administração houve mudanças referentes a ordem de prioridade?
- 04 - Havia uma política de integração entre as diferentes secretarias no que diz respeito à execução das propostas?
- 05 - No seu entendimento qual foi a principal marca de sua administração?
- 06 - Que critérios o senhor utilizou para escolher o secretariado?
- 07 - Como escolheu o secretário de saúde?
- 08 - A proposta implantada pela Secretaria Municipal de

Saúde já estava clara na campanha eleitoral, ou foi melhor formulada depois de eleito?

09 - Como o senhor vê o trabalho desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde?

10 - Qual a sua visão de saúde e doença?

11 - O senhor considera que a prática médica desenvolvida pelos serviços de saúde reforça a visão que acabaste de descrever?

12 - De uma forma geral, como o Sr. percebe o SUDS e a municipalização da saúde?

13 - No seu entendimento que fatores possibilitaram a implantação de uma proposta de política de saúde progressista em Criciúma?

14 - A implantação desta nova proposta alterou a estrutura da Secretaria Municipal de Saúde?

15 - Quais as mudanças político-administrativas trazidas pelo SUDS?

16 - O que a Secretaria Municipal de Saúde conseguiu fazer em termos de atenção primária?

17 - Considerando o limite de suas atribuições a PMC através do órgão responsável adotou medidas de controle da poluição?

18 - Foi implantado algum programa referente ao problema da moradia?

19 - A Secretaria de Educação implantou algum programa de educação sanitária/ambiental junto com a Secretaria Municipal de Saúde?

20 - Houve alguma política integrada da Secretarial Municipal de Saúde com o Departamento Municipal de Meio Ambiente?

21 - O que este Departamento conseguiu fazer numa cidade como Criciúma durante sua gestão?

22 - O Sr. acha que há relação direta entre as doenças características da região e os problemas sócio-ambientais?

- 23 - Em termos da política de saúde adotada, a secretaria conseguiu relacionar na prática saúde e condições sócio-ambientais?
- 24 - O que a PMC conseguiu fazer em termos da implantação de uma rede de esgoto, coleta de lixo e expansão da rede de água? Onde? Como?
- 25 - Em sua gestão aumentou a quantidade de centros comunitários. Como isto aconteceu? A PMC estimulou a criação deles? Havia que tipo de relação entre eles e a PMC?
- 26 - Nos centros comunitários havia postos de saúde?
- 27 - Como eram formadas as equipes que lá trabalhavam?
- 28 - Na sua avaliação a implantação do SUDS no município significou aumento na qualidade dos serviços de saúde prestados à população? Porque?
- 29 - Havia participação da população no controle dos postos de saúde? Onde? Como era tal participação?
- 30 - Que tipo de influência o município conseguiu exercer no âmbito das políticas de saúde a nível estadual?
- 31 - Como eram as relações entre a Secretaria e o Gabinete do Prefeito?
- 32 - O Sr. enquanto Prefeito recebia pessoalmente algum tipo de pressão de setores ligados à rede privada de saúde em função do trabalho desenvolvido pela SMS?
- 33 - O trabalho desenvolvido pela SMS fortaleceu politicamente a sua gestão?

ROTEIRO PARA ENTREVISTA
(Secretário Estadual de Saúde)

NOME:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO:

ESCOLARIDADE:

LOCAL DE TRABALHO:

LOCAL DE MORADIA:

- 01 - No seu entendimento, qual foi a principal razão que levou Pedro Ivo Campos a escolhê-lo para ser Secretário de Saúde?
- 02 - Que proposta de política de saúde o Sr. propunha implantar quando assumiu a direção da secretaria?
- 03 - Como o senhor vê o trabalho desenvolvido pela Secretaria durante o Governo Pedro Ivo e Casildo (contribuições e limites)? Qual o papel cumprido pela Secretaria?
- 04 - Como o senhor concebe saúde e doença?
- 05 - A prática médica desenvolvida pelos serviços de saúde durante esta gestão conseguiu reforçar a concepção que o senhor acabou de descrever?
- 06 - Como o senhor concebe o SUDS?
- 07 - Como vê o processo de implantação do mesmo no Estado de SC e no país?
- 08 - Como o senhor entende a municipalização da saúde?
- 09 - O Estado de SC conseguiu municipalizar os serviços de saúde?
- 10 - Qual o significado da mudança SUDS/SUS?
- 11 - Que experiências municipais mais se destacaram em SC no processo de implantação do SUDS?
- 12 - Enquanto ex-secretário estadual de saúde, como o se-

- nhor vê a experiência de Criciúma no período 83-88?
- 13 - Quais as mudanças político-administrativas trazidas pelo SUDS?
- 14 - Quais os efeitos das medidas de descentralização orçamentária?
- 15 - Que política de recursos humanos foi adotada?
- 16 - Havia uma política de implantação de programas de saúde do trabalho em SC? Como, onde e quando?
- 17 - O que a Secretaria conseguiu viabilizar em tempos de atenção primária para o estado?
- 18 - A SES implantou algum programa de educação sanitária/ambiental junto com a Secretaria de Educação?
- 19 - Houve alguma proposta integrada à SEDUMA?
- 20 - Como o senhor vê a experiência de implantação das AIS em Criciúma no período 83-88?
- 21 - O senhor acha que há uma relação entre a região carbonífera e os problemas sócio-ambientais?
- 22 - O senhor sabe que tipo de influências ambientais foram observadas com mais frequência no tratamento das doenças?
- 23 - Na sua avaliação a SMS conseguiu na prática relacionar saúde e condições sócio-ambientais?
- 24 - Como era a relação da SES com a SMS de Criciúma?
- 25 - A descentralização do SUDS era apenas administrativa ou envolvia uma descentralização dos serviços? Como vê esta questão a nível municipal, estadual e nacional?
- 26 - Como eram feitos os repasses de verbas decorrentes do convênio assinado com o SUDS (negociação política, programas de saúde)?
- 27 - A implantação do SUDS significou aumento da qualidade dos serviços prestados à população?
- 28 - A implantação do SUDS foi dificultada por resistências à mudanças? Como?

Descentralização

- 01 - O Conselho Estadual de Saúde chegou a ser criado?
Quando? como era sua composição?
- 02 - A SES conseguia implantar as decisões do conselho?
- 03 - Como era sua composição (paritária)?
- 04 - Havia participação da população no controle das políticas de saúde?
- 05 - Como foi tratada a questão do planejamento das políticas de saúde?
- 06 - Que tipo de influência o Estado de SC conseguiu exercer no âmbito das políticas de saúde a nível nacional?
- 07 - Como a rede privada via o trabalho desenvolvido pela Secretaria?